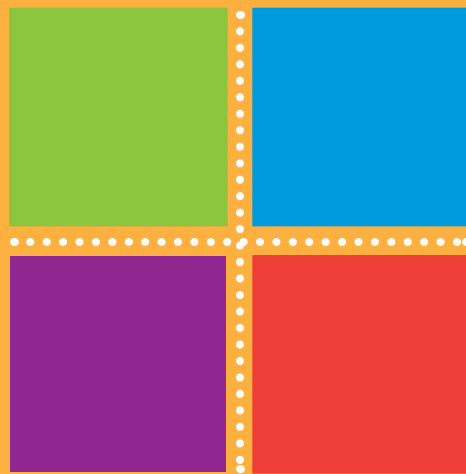


Lutte contre la tuberculose **au niveau communautaire :** **manuel de formation**



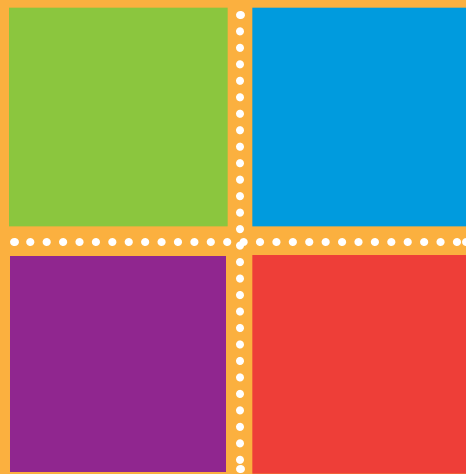
Stella Kirkendale, Carol DukesHamilton, Jintana Ngamvithayapong-Yanai,
Max Meis, Maria Pía Sánchez, Seraphine Kabanje, Rose Pray et Paul Jensen



TB CARE I



Lutte contre la tuberculose **au niveau communautaire :** **manuel de formation**



Stella Kirkendale, Carol DukesHamilton, Jintana Ngamvithayapong-Yanai,
Max Meis, Maria Pía Sánchez, Seraphine Kabanje, Rose Pray et Paul Jensen



TB CARE I



.....

Lutte contre la tuberculose au niveau communautaire : manuel de formation

Auteurs : Stella Kirkendale, Carol DukesHamilton,
Jintana Ngamvithayapong-Yanai, Max Meis, Maria Pía Sánchez,
Seraphine Kabanje, Rose Pray et Paul Jensen

©2012, FHI 360
ISBN: 1-933702-87-7

Cet ouvrage a pu être réalisé grâce au généreux soutien du peuple américain par le canal de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu relève de la seule responsabilité de FHI 360 et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement américain. L'USAID y a contribué par un appui financier au titre de l'accord de coopération n° AID-OAA-A-10-00020, Projet TB CARE I.

Cet ouvrage peut être copié, reproduit ou adapté, à condition que la distribution du document qui en sera issu ne soit pas à des fins commerciales et que mention soit faite de FHI 360 comme en étant la source. FHI 360 vous serait reconnaissant de partager avec nous toute adaptation de cet ouvrage. Vous pouvez nous contacter à l'adresse ci-dessous :

FHI 360
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Téléphone : 1.919.544.7040
Télécopie : 1.919.544.7261
www.fhi360.org



Lutte contre la tuberculose au niveau communautaire : manuel de formation

Table des matières

Remerciements	3
Acronymes et abréviations	4
I. Contexte et aperçu général	5
But de ce manuel	6
Processus de son élaboration	7
Structure du manuel	7
II. Notions d'andragogie	9
L'apprentissage chez l'adulte	9
Techniques de formation	10
Rôle du facilitateur	14
Liste de contrôle à l'intention des facilitateurs	15
III. Modules de formation	17
1. Faisons connaissance	17
2. Aperçu général de la formation des formateurs (FdF)	19
3. Attentes et préoccupations	20
4. Mise en place des règles de procédure du groupe	21
5. Principes d'andragogie	23
6. Tuberculose — l'essentiel à savoir	24
7. Infectiosité de la tuberculose et lutte contre l'infection	28
8. VIH — l'essentiel à savoir	34
9. Tuberculose et VIH	36
10. Stigmatisation associée à la tuberculose et au VIH	38
11. Confiance et confidentialité	41
12. Application pratique des connaissances	43
13. Cartographie des risques au niveau communautaire	47
14. Travail d'équipe	49
15. Planification du passage à l'échelle	52



16. Planification de l'éducation communautaire	55
17. Plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire.....	59
18. Suivi et supervision	62
19. Récapitulatif, post-test et évaluation	64

IV. Documents à distribuer 65

1. Emploi du temps proposé pour la formation	65
2. Attentes et préoccupations.....	67
3. Questionnaire sur la tuberculose (et Corrigé)	68
4. Huit façons d'apprendre	74
5. Jeu de « Bingo » sur les styles d'apprentissage	75
6. Styles d'apprentissage.....	76
7. Se couvrir la bouche quand on tousse.....	77
8. POS 201 : lutte contre la tuberculose	78
9. Modèle des carrés brisés.....	81
10. Plan de travail communautaire : fiche de programmation des objectifs et des activités.	82
11. Evaluation de la formation des formateurs	83

V. Références utiles 86



Remerciements

Ce manuel est le fruit de l'expertise collective de plusieurs personnes qui ensemble œuvrent à réduire la transmission de la tuberculose et du VIH en enseignant aux communautés et aux ménages des mesures simples et efficaces de lutte contre ces deux maladies. Il tire son origine du Programme d'assistance à la lutte contre la tuberculose (TB CAP) financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le projet principal qui a élaboré la *Liste de contrôle simplifiée pour la lutte contre la tuberculose* (http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/TBInfectionControlSimplifiedChecklist1286177814.pdf).

L'équipe qui a travaillé sur les projets de la liste de contrôle et du manuel était composée de : Max Meis, de la Fondation royale néerlandaise pour la lutte contre la tuberculose (KNCV) ; Jintana Ngamvithayapong-Yanai, de l'Association Japonaise contre la Tuberculose (JATA); Maria Pía Sánchez, de Management Sciences for Health (MSH); Paul Jensen, du U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Carol Dukes Hamilton, de FHI 360; Seraphine Kabanje, de FHI 360 Zambie; et Rose Pray, consultante indépendante anciennement employée à l'Organisation mondiale de la Santé. Stella Kirkendale de FHI 360 a dirigé les deux projets, a coordonné et animé la phase pilote de la formation des formateurs et a joué le rôle d'auteur principal du manuel.

Les ateliers de phase pilote du volet formation des formateurs (FdF), organisés dans le cadre du projet Lutte contre la tuberculose au niveau communautaire, nous ont aidés à affiner le manuel. Ces ateliers ont pu être menés à bien grâce à la planification préalable assurée par le personnel technique et administratif des bureaux de FHI 360 en Zambie et au Kenya, à l'assistance en matière de coordination apportée par le personnel du ministère de la Santé aux niveaux district et provincial de Zambie et du Kenya ainsi qu'au dynamisme des participants. Nous voulons remercier en particulier les co-facilitateurs : Amos Nota (FHI 360 TB CARE I Zambie) et Anthony Ophwette, Lucy Ondicho et Alice Barasa (FHI 360 Kenya). Nous remercions également le Dr Serpahine Kabanja (FHI 360 TB CARE I Zambie) et le Dr John Adungosi (FHI 360 Kenya) qui ont apporté un précieux appui aux préparatifs des ateliers FdF de phase pilote.

Enfin, sans l'engagement enthousiaste des participants lors des ateliers FdF pilotes de Ndola et Kitwe en Zambie et de Nakuru au Kenya ainsi que leurs contributions et leurs points de vue critiques, ce manuel n'aurait pas cette pertinence et cette authenticité que seule l'expérience peut conférer. A tous les agents d'appui au traitement de la tuberculose et à l'observance du traitement, à tous les groupes focaux et agents de santé communautaire œuvrant sur le front, nous exprimons nos vifs remerciements pour leurs contributions.



Acronymes et abréviations

ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
BCG	Vaccin bilité de Bacille Calmette-Guérin
DOTS	Traitement sous surveillance directe, courte durée
FdF	Formation des formateurs
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT, en anglais)
FHI 360	anciennement Family Health International
IEC	Information, éducation et communication
IPT	Traitement préventif à l'isoniazide
IST	Infection sexuellement transmissible
LAT	Lutte contre la tuberculose, ou lutte antituberculeuse (plus précisément dans le cadre de ce manuel, l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle de l'infection tuberculeuse)
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
POS	Procédure opératoire standard (SOP, en anglais)
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TB CARE I	Prolongement du projet TB CAP financé sur cinq ans par un accord de coopération de l'USAID attribué à TBCTA (2010-2015)
TB CAP	Programme d'assistance à la lutte contre la tuberculose financé sur cinq ans par un accord de coopération de l'USAID attribué à TBCTA (2005-2010)
TBCTA	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TB-UR	Tuberculose ultrarésistante
TPC	Traitement préventif par le cotrimoxazole
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



I. Contexte et aperçu général

La Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA) est une coalition de partenaires soutenue par l'USAID qui offre une assistance technique pour la lutte contre la tuberculose à travers le monde. Elle a mis en œuvre le Programme d'assistance à la lutte contre la tuberculose (TB CAP) de 2005 à 2010 dans le cadre de ses activités au niveau mondial. TB CARE I est la suite et la capitalisation de TB CAP. FHI 360, en collaboration avec d'autres partenaires de TB CAP, a initialement élaboré une *Liste de contrôle simplifiée pour la lutte contre la tuberculose* (2009-2010) à l'intention des agents de santé communautaires (ASC) pour utilisation au niveau communautaire (plutôt qu'au niveau des établissements sanitaires) en Afrique subsaharienne en vue de prévenir la transmission de la tuberculose dans les milieux à forte prévalence du VIH. Les partenaires suivants ont pris part à cette première initiative :

- U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Association japonaise contre la tuberculose (JATA)
- Management Sciences for Health (MSH)
- Fondation KNCV Tuberculosis
- FHI 360

Les patients atteints de la tuberculose, du VIH ou des deux maladies à la fois sont confrontés à de nombreux obstacles lorsqu'ils cherchent des soins auprès des hôpitaux et des établissements sanitaires habituels, qui sont souvent en nombre insuffisant et situés loin de leurs lieux de résidence. Conscients de ces obstacles, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH ont mis en place des programmes de soins et de traitement à base communautaire. Grâce à ces programmes, les ASC sont en mesure de dispenser le traitement de la tuberculose et d'apporter un soutien au traitement (tel que par l'approche Traitement sous surveillance directe ou DOTS) ainsi que de sensibiliser la communauté sur la tuberculose et d'autres thèmes de santé. Ces efforts ont permis d'améliorer la santé des populations, notamment grâce au dépistage et au traitement précoces de la maladie.

Les mesures de Lutte contre la tuberculose (LAT) au niveau communautaire sont d'une importance capitale — en particulier dans les zones à forte prévalence du VIH. Cependant, la plupart des efforts de LAT dans les pays les plus touchés ont jusque là été limités aux établissements sanitaires et à certains lieux de regroupement tels que les prisons. En conséquence, les ASC disposent de peu de ressources pour se protéger de l'infection lorsqu'ils travaillent dans les communautés. De plus, les supports pédagogiques appropriés pour leurs activités quotidiennes d'éducation et de sensibilisation des patients et de la communauté sont peu en nombre.



But de ce manuel

Ce manuel a été conçu pour faciliter la compréhension et l'utilisation de la *Liste de contrôle simplifiée pour la lutte contre la tuberculose*, particulièrement dans les milieux à forte prévalence de tuberculose, du VIH et de tuberculose associée au VIH. Il présente des activités pratiques que les ASC et les responsables de programme de lutte contre la tuberculose peuvent exploiter pour planifier et organiser des séances de sensibilisation et de formation sur la lutte contre la tuberculose au sein de leurs communautés. Les activités visent également à sensibiliser et à promouvoir des actions pratiques pour aider les ASC (y compris les agents d'appui au traitement et à l'observance du traitement) à éviter d'être contaminés durant leur travail auprès des communautés. La liste de contrôle rappelle aux ASC ce qu'ils doivent faire durant les visites à domicile et les réunions communautaires.

Le manuel regroupe des modules de formation participative et des ressources sur le thème de la lutte contre la tuberculose qui s'appuient sur des principes généraux d'andragogie et de dynamique des groupes. Les modules 1 à 5 permettent aux participants de faire connaissance et de s'initier à certains concepts de base de l'andragogie. Les modules 6 à 9 présentent des connaissances techniques sur la tuberculose, son infectiosité (possibilité de transmettre l'infection), les mesures de lutte, le VIH et la tuberculose associée au VIH. Les modules 10 à 18 traitent des compétences que les ASC peuvent utiliser pour renforcer les connaissances de la communauté sur la tuberculose, mettre en œuvre des programmes de sensibilisation et de formation de la communauté et élaborer des plans de lutte contre la tuberculose. Vous pouvez choisir les modules qui répondent à vos objectifs et cadrent avec votre contexte. De même, n'hésitez pas à adapter le contenu et les supports pour mieux répondre à votre situation et à vos besoins.

Ce manuel se veut dynamique et évolutif. Nous vous encourageons à l'utiliser et à nous dire par la suite ce que vous y avez trouvé de bon et ce qui peut être amélioré. Partagez avec nous vos expériences, vos supports IEC et vos outils pour que nous puissions les prendre en compte dans les prochaines éditions. Pour nous soumettre des supports ou nous donner un feedback sur le manuel, veuillez contacter Stella Kirkendale à l'adresse skirkendale@fhi360.org et visitez le site web de TB CARE I à <http://www.tbcta.org>.



Processus de son élaboration

FHI 360 appuie les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, sensibilise sur la tuberculose, dispense des formations sur les mesures de prévention et de contrôle et implique les communautés dans la recherche et le traitement des cas de tuberculose active. La *Liste de contrôle simplifiée pour la lutte contre la tuberculose* a été conçue pour être utilisée au niveau des ménages, des communautés et des organisations. Nous avons organisé un atelier de parties prenantes en Zambie pour susciter et recueillir des contributions à cette liste de contrôle auprès d'une quarantaine de partenaires travaillant dans le programme TB CAP et dans d'autres organisations qui appuient des activités communautaires de lutte contre la tuberculose et le VIH dans onze pays d'Afrique subsaharienne. La version préliminaire a été testée sur le terrain auprès de représentants des destinataires finaux dans quatre sites urbains et ruraux en Zambie et en Ethiopie et a été révisée en tenant compte des leçons apprises. La liste de contrôle finale a été produite en version électronique et largement distribuée sur CD et par courriel.

Le projet de suivi TB CARE I consistait à élaborer et à mettre en œuvre un curriculum de Formation des Formateurs (FdF) axé sur l'acquisition de compétences ainsi qu'à produire ce manuel d'accompagnement. Les modules de formation ont été élaborés par des membres de l'équipe centrale du projet ; les ateliers de FdF ont été tenus avec des agents d'appui au traitement et à l'observance du traitement de la tuberculose et des responsables du programme de lutte contre la tuberculose à Ndola et Kitwe, en Zambie, ainsi qu'avec des agents de santé communautaires et des responsables de la santé publique à Nakuru, au Kenya. Les réactions des participants lors de ces ateliers de FdF ont orienté le contenu final du manuel.

Structure du manuel

Chaque partie du manuel débute par une introduction générale au sujet. Les modules de formation contiennent parfois de la documentation de fond ou des notes explicatives à l'intention du facilitateur, les objectifs d'apprentissage, la durée approximative de temps qu'il faut pour couvrir chaque thème, le matériel et les fournitures nécessaires, les étapes de l'activité, des questions de discussion ou des points de débat, le cas échéant. Les photocopiés à distribuer pour chaque sujet figurent au Chapitre IV.



II. Notions d'andragogie

« Ne faites jamais pour les apprenants ce qu'ils peuvent faire pour eux-mêmes et les uns pour les autres. »

— DePorter B, Reardon M, Singer-Nourie S. Quantum teaching. Boston: Allyn-Bacon; 1998.

Les activités de formation dans ce manuel adoptent une approche participative centrée sur l'apprenant qui prend en compte les principes d'andragogie suivants :

- L'apprentissage doit être autodirigé : l'apprenant est le sujet de son apprentissage.
- Une évaluation des besoins d'apprentissage et des ressources devrait être effectuée afin d'éclairer la conception des formations, dans la mesure du possible.
- La formation doit combler un besoin immédiat (pertinence) et être participative.
- L'apprentissage est expérientiel et va dans les deux sens. Le participant et le facilitateur apprennent l'un de l'autre.
- Le facilitateur établit un cadre sécurisant propice à l'apprentissage.
- L'apprenant apprend par la pratique, agissant par la réflexion ou apprenant par l'action.
- Le travail en équipe et en petits groupes favorise l'interaction, la discussion et les échanges.
- L'instructeur vise à la fois le cognitif (idées), l'affectif (sentiments) et le psychomoteur (action) dans son enseignement.
- L'instructeur a des comptes à rendre à l'apprenant. Les apprenants ont des comptes à rendre à l'instructeur et les uns aux autres.

L'apprentissage chez l'adulte¹

L'apprenant adulte retient :

- 20 pour cent de ce qu'il entend
- 40 pour cent de ce qu'il voit et entend
- 80 pour cent de ce qu'il fait

L'apprenant doit faire quelque chose avec les nouvelles connaissances pour pouvoir les intérioriser et les retenir. Lorsqu'il isole une idée ou une théorie (**analyse**) puis la replace dans un ensemble plus vaste (**synthèse**) en vue de l'appliquer à sa propre situation (**application**), l'apprenant peut mettre en œuvre et exploiter ce qu'il a appris.¹

¹ Knowles M. The adult learner — A neglected species. Houston, TX: Gulf Publishing; 1990.



Techniques de formation

Les modules du manuel font appel aux techniques de formation présentées ci-dessous et aux pages 11 à 13.

Présentations : il s'agit d'activités menées par le facilitateur pour transmettre des informations. Elles peuvent aller d'un exposé magistral à des formes qui sollicitent les participants à travers des questions et des discussions. Dans cette technique de la présentation, le contenu dépend du formateur plus que dans toute autre technique de formation.

Utilité

- Pour introduire un nouveau sujet
- Pour donner un aperçu général ou une synthèse
- Pour transmettre des faits ou des statistiques
- Pour s'adresser à un groupe de grande taille (nombre variable)

Avantages

- Permet de couvrir beaucoup d'informations en peu de temps
- Efficace avec les groupes de grande taille
- Etablit le contexte pour des techniques de formation plus pratiques
- Offre à l'orateur ou au présentateur plus de contrôle que dans d'autres techniques de formation

Désavantages

- Communication à sens unique essentiellement
- Approche non expérientielle
- Exige que les participants restent dans un rôle passif d'apprentissage
- Exige du présentateur de bonnes compétences de présentation
- Non appropriée si le but de la formation est le changement de comportement ou l'acquisition de compétences
- Rétention limitée chez les participants à moins d'être suivie d'une formation avec des techniques plus pratiques

.....

Études de cas : il s'agit de descriptions écrites d'une situation hypothétique ou d'un scénario qui est utilisé(e) pour des exercices d'analyse et des discussions. Une étude de cas est un récit détaillé d'un événement réel ou fictif (ou d'une série d'événements liés se rapportant à un problème donné) auquel les participants peuvent être confrontés. La situation est analysée et discutée en groupe et l'instructeur demande souvent aux participants de parvenir à un plan d'action pour résoudre le problème. Les études de cas peuvent aider les membres du groupe à apprendre comment formuler plusieurs options de solution à un problème et ainsi acquérir des compétences en matière d'analyse et de résolution des problèmes.

Utilité

- Pour faire la synthèse du contenu de la formation
- Offre l'occasion de discuter de problèmes communs dans une situation type
- Offre une opportunité sans risque pour l'apprenant d'acquérir des compétences en matière de résolution des problèmes
- Encourage la discussion en groupe et la résolution des problèmes par consensus

Avantages

- Permet aux participants de se voir dans la situation
- Offre une certaine souplesse
- Évite le risque personnel par le recours à une situation hypothétique
- Implique activement les participants

Désavantages

- Exige beaucoup de temps de préparation, notamment si l'instructeur doit rédiger les études de cas lui-même
- Exige beaucoup d'attention et de finesse dans la formulation des questions de discussion
- Peut exiger d'avoir plusieurs facilitateurs pour que chaque groupe en ait un durant les discussions

.....

Travail en petits groupes : Fait recours à des activités dans lesquelles les participants se constituent en petits groupes pour partager des expériences et des idées ou pour résoudre ensemble un problème. Ces activités exposent les participants à différents points de vue et expériences pendant qu'ils travaillent ensemble sur une tâche donnée.

Utilité

- Permet aux participants de présenter leurs idées personnelles en petits groupes
- Renforce les compétences en matière de résolution des problèmes
- Aide les participants à apprendre les uns des autres
- Donne aux participants un sens plus élevé de leur responsabilité dans le processus d'apprentissage
- Encourage le travail en équipe
- Aide à clarifier les valeurs personnelles

Avantages

- Permet aux participants d'acquérir une plus grande maîtrise du processus de leur apprentissage
- Encourage les participants à moins dépendre du formateur
- Encourage les participants timides ou moins loquaces à participer
- Permet de renforcer et de clarifier la matière enseignée à travers la discussion
- Renforce la cohésion du groupe
- Permet d'obtenir des informations des participants

Désavantages

- Prend du temps pour la constitution des groupes
- Compromet le contrôle de la qualité s'il n'y a pas de facilitateur formé dans chaque petit groupe

.....

Jeu de rôles : Plusieurs personnes ou un petit groupe de participants interprètent des scénarios devant l'ensemble des participants. Les scénarios évoquent une situation ou un problème donné et portent sur des thèmes de la formation. Ils doivent également avoir un objectif pédagogique visant l'acquisition de compétences spécifiques. Il n'y a pas de texte rédigé (script), mais les scénarios doivent être décrits de manière aussi détaillée que possible. Les participants interprètent leur rôle en fonction du scénario qui leur est assigné. Le jeu de rôle est ensuite discuté par rapport à la situation ou au problème donné.

Utilité

- Pour susciter un changement d'attitude chez les spectateurs
- Permet aux spectateurs de voir les conséquences de leurs actions
- Illustre des types de réactions et de comportements possibles
- Offre un environnement sécurisant pour examiner un problème qui mettrait autrement les participants mal à l'aise pour en discuter
- Permet aux participants d'explorer différentes approches à différentes situations
- Permet d'explorer des solutions possibles à des problèmes sensibles

Avantages

- Offre l'occasion de susciter de nouvelles idées tout en s'amusant
- Retient l'attention de tout le groupe
- Simule une expérience réelle
- Offre un moyen percutant de présenter un problème et de susciter la discussion
- Permet aux participants de se mettre à la place de quelqu'un d'autre

Désavantages

- Exige que les participants n'aient pas peur de se tenir devant un public (certains peuvent se sentir embarrassés ou être timides ou encore craindre de paraître ridicules)

En plus de ces techniques, le manuel intègre également des **exercices de mise en train**, des **exercices de synthèses** et des **tâches d'évaluation** dans le plan des leçons. Il offre aussi une **approche pour créer un climat sécurisant** dans lequel les participants sont libres d'exprimer leur feedback (commentaires/réactions).



Rôle du facilitateur

Créer un climat propice à l'apprentissage

- Familiarisez-vous avec le contenu et les activités avant chaque séance de formation de manière à être parfaitement à l'aise avec le contenu et le déroulement de la leçon.
- Arrangez l'espace et l'équipement d'une manière propice à l'apprentissage (en cercle, en fer à cheval avec la possibilité de déplacer les tables).
- Commencez à l'heure, mais soyez souple dans les limites du temps imparti.
- Créez un climat sécurisant et de confiance mutuelle entre les participants.
- Essayez d'anticiper les questions.
- Préparez des réponses et des exemples qui permettent d'avancer dans les discussions.

Communication non verbale

- Gardez le contact visuel.
- Réagissez aux propos des participants en acquiesçant, en souriant ou par tout autre geste qui montre que vous les écoutez.
- Faites attention au langage corporel des participants. Essayez de capter l'humeur du groupe et réagissez en conséquence.
- Placez les aides visuelles là où tous peuvent les voir.
- Déplacez-vous dans la salle, tout en assurant que les participants peuvent vous voir.

Communication verbale

- Posez des questions ouvertes qui encouragent à répondre.
- Encouragez les participants à participer et à poser des questions.
- Parlez clairement, suffisamment fort et en termes simples ; évitez le jargon et l'argot.
- Donnez un feedback immédiat.
- Demandez aux autres participants s'ils sont d'accord avec ce qui est dit par quelqu'un.
- Laissez les participants répondre aux questions de leurs pairs.
- Veillez à ce que les participants aient plus la parole que vous-même.
- Encouragez l'humour.
- Récapitulez les principaux points à la fin de chaque séance.

Présentation des objectifs

- Faites la transition d'un sujet au suivant.

Liste de contrôle à l'intention des facilitateurs

En accomplissant les tâches préliminaires sur cette liste de contrôle, le facilitateur aura l'assurance que l'atelier se déroulera comme prévu.

✓	Activités	Notes
	Confirmer la date de la formation.	
	Confirmer le lieu de la formation.	
	Confirmer la liste des participants.	
	Prendre les dispositions nécessaires pour l'hébergement et le transport des participants (le cas échéant).	
	Confirmer la participation des autres facilitateurs et les thèmes qu'ils traiteront.	
	Prendre les dispositions nécessaires pour le déjeuner et les pauses-café.	
	S'assurer que le matériel et les fournitures nécessaires sont disponibles.	
	Confirmer la disponibilité d'un vidéoprojecteur pour la formation (le cas échéant).	
	Confirmer la disponibilité d'un tableau à feuilles mobiles (flipchart).	
	Photocopier tous les documents à distribuer et les placer dans des chemises / classeurs.	
	Se procurer des prix (tels que les bonbons) et des jouets pour les jeux (cure-pipes, etc.).	
	Imprimer les attestations de formation et les certificats de reconnaissance.	



III. Modules de formation

Module 1. Faisons connaissance

Objectifs

- Jeter les bases du travail en groupe durant la formation
- Donner aux participants et aux facilitateurs l'occasion de se présenter
- Commencer à créer une atmosphère où l'expérience et l'avis de chacun sont appréciés

Durée

30 minutes

Matériel et fournitures

- Badges
- Feuille de présence
- Classeurs / Chemises FdF du Premier jour (un classeur / chemise par participant contenant un exemplaire de l'Emploi du temps de la FdF (Polycopié 1), un Questionnaire (non rempli) de prétest sur la tuberculose (Polycopié 3) et un formulaire d'évaluation de la FdF (Polycopié 11))
- Flipchart
- Feutres

Etapes

1. Avant l'accueil officiel des participants, distribuez les badges et demandez à chacun d'y écrire son nom.
2. Souhaitez à tous la bienvenue à la formation et présentez-vous.
3. Faites le tour de la salle et demandez à chaque participant de dire son nom et d'où il vient.
4. Demandez aux facilitateurs et autres personnel de la formation de dire leur nom et d'où ils viennent.
5. Demandez aux participants de dresser par brainstorming une liste sur la question : ***Qu'aimeriez-vous savoir sur les autres personnes présentes ?*** Ecrivez la question sur un flipchart.
6. Demandez aux participants de citer les choses qu'ils aimeraient savoir sur les autres personnes présentes dans la salle. Ecrivez les réponses sur le flipchart.
7. Avancez quelques idées au besoin :
 - Famille
 - Loisirs et intérêts particuliers
 - Ce qu'elles aiment et n'aiment pas

Etapes

(suite)

8. (Si le temps le permet.) Lorsque la séance de brainstorming est terminée, demandez aux participants de trouver une personne qu'ils ne connaissent pas dans la salle. Assurez-vous que tout le monde a un partenaire. Demandez à la personne A de chaque paire d'interviewer la personne B (chacun peut prendre des notes s'il le désire). Après quelques minutes, inversez les rôles et demandez à la personne B d'interviewer la personne A.
9. Réunissez tous les participants. Demandez à chaque personne de présenter rapidement son ou sa partenaire à tout le groupe en se référant aux points figurant sur le flipchart. Limitez les présentations à une minute par personne.

Discussion

Questions facultatives à poser si le temps le permet

- Y a-t-il quelqu'un qui a trouvé plus facile de présenter quelqu'un d'autre plutôt que soi-même ?
- Comment avez-vous fait pour vous souvenir des détails ?
- Est-ce que les personnes interviewées étaient plus disposées à parler d'elles mêmes lorsque vous avez posé des questions ouvertes ?
- Y a-t-il des cas où vous avez pu clarifier des choses mal comprises à l'aide de questions d'éclaircissement ?

Note à l'intention du facilitateur :

Les exercices de présentation sont importants au début de la formation. Premièrement, ils permettent aux participants de faire connaissance les uns avec les autres. Certains peuvent se connaître depuis longtemps. Certains peuvent avoir été recrutés récemment pour le projet. D'autres peuvent ne pas se connaître du tout. Le facilitateur peut relever ces faits lorsqu'il commence l'exercice. Deuxièmement, l'exercice de présentation permet aux facilitateurs d'apprendre des choses sur les participants et vice versa. Cet exercice est particulièrement utile parce qu'il amène les participants à réfléchir sur ce qu'ils voudraient savoir les uns sur les autres. Troisièmement, certains participants peuvent être trop timides pour parler devant un public ou des personnes qu'ils ne connaissent pas bien. Les présentations peuvent mettre tout le monde sur le même pied. Cet exercice a été conçu de manière à encourager tout le monde à parler.²

² Hope A, Timmel S. Training for transformation: Book 2. Zimbabwe: Mambo Press; 1984.



Module 2. Aperçu général de la formation des formateurs (FdF)

Objectifs

- Présenter les objectifs de la FdF aux participants
- Examiner l'Emploi du temps, distribuer les classeurs / chemises et discuter des questions de logistique

Durée

5 minutes

Matériel et fournitures

- Objectifs d'apprentissage de la FdF
- Emploi du temps (Polycopié 1)
- Classeurs / Chemises FdF du Premier jour

Etapes

1. Parcourez les objectifs d'apprentissage de la FdF. Examinez ensemble ce que les participants apprendront durant la FdF et ce qu'ils feront des compétences qu'ils auront acquises.
2. Parcourez l'emploi du temps (Polycopié 1).
3. Parlez de la logistique :
 - Heures de début et de fin des sessions
 - Heures des pauses-café et du déjeuner
 - Emplacement des toilettes
4. Répondez aux questions.



Module 3. Attentes et préoccupations

Objectifs

- Donner à chaque participant l'occasion d'exprimer ses attentes et ses préoccupations par rapport à l'atelier et à la lutte contre la tuberculose
- Donner aux facilitateurs l'occasion de gérer les attentes des participants en leur rappelant les principaux axes de l'atelier

Durée

15 à 30 minutes (en fonction du nombre des participants)

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Notes autocollantes (de plusieurs couleurs)

Etapes

1. Expliquez au groupe qu'il est toujours bon que les facilitateurs sachent quelles sont les attentes et les préoccupations du groupe et qu'ils reviennent sur ces attentes et préoccupations à la fin de l'atelier.
2. Dessinez un tableau à deux colonnes sur une feuille du flipchart (voir Polycopié 2) avec pour titre « Attentes et Préoccupations ». Collez le tableau au mur afin que tous puissent le voir durant toute la formation.
3. Distribuez des notes autocollantes de plusieurs couleurs aux participants et demandez à chacun d'y écrire ses Attentes sur des notes autocollantes d'une couleur et ses Préoccupations sur des notes autocollantes d'une autre couleur. Si le groupe est composé de plus de 20 personnes, limitez la liste à une attente et une préoccupation par personne.
4. Demandez aux participants de coller leurs notes sur le tableau « Attentes et Préoccupations ». Les facilitateurs pourront donner l'exemple en y collant en premier leurs notes.
5. Demandez à un volontaire de lire à haute voix les attentes et à un autre les préoccupations.

Feedback et discussion

1. Une fois que chacun a exprimé une attente et une préoccupation, faites des commentaires sur celles-ci. Si parmi les attentes il y en a qui dépassent le cadre de l'atelier, vous devriez indiquer ceci aussitôt. Vous pouvez également essayer de rassurer les participants au sujet de leurs préoccupations.
2. Demandez à chacun de se rappeler ses attentes et ses préoccupations de manière à ce que les participants puissent les réexaminer ensemble à la fin de l'atelier.



Module 4. Mise en place des règles de procédure du groupe

Objectifs

- Etablir des règles de procédure qui assureront un cadre sécurisant et confortable pour la formation
- Créer un climat propice à l'apprentissage

Durée

10 à 20 minutes (en fonction de l'inclusion ou pas de l'Etape 3)

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres

Etapes

1. Expliquez certains principes de base au groupe : Ils vont passer ce temps de formation ensemble. Pour tirer le meilleur parti de ce temps ensemble, il est important que chacun soit d'accord avec quelques règles de base. Suggérez quelques points qu'ils aimeraient inclure dans ces règles, tels que commencer les sessions à l'heure et les finir à l'heure, respecter les points de vue des autres, ne pas porter de jugement et donner à chacun l'occasion de parler.
2. Demandez aux participants de suggérer quelques autres règles de base pour le groupe. Ecrivez chacune de ces règles sur le flipchart à mesure que les participants les énoncent.
3. (Facultatif) Si le temps le permet, placez le flipchart au milieu des participants et demandez à ceux qui proposent des règles supplémentaires de venir dans le cercle et de dessiner un symbole de leur choix pour représenter la règle. Par exemple, la ponctualité pourrait être représentée par un soleil ou une montre, la politesse par un visage souriant ou une oreille pour l'écoute.
4. Collez la liste au mur pour que tout le monde puisse la voir durant tout le temps de la formation. (Collez également les dessins au mur si l'Etape 3 a lieu.)
5. Dites au groupe que ces règles de base seront appliquées durant toute la formation et que le groupe peut ajouter des règles ou les changer durant l'atelier, s'il le désire.
6. Laissez la liste des règles de base (et les dessins) sur le mur durant tout l'atelier. Ajoutez à la liste (et aux dessins) ou changez les règles (et les dessins), au besoin.

Note à l'intention du facilitateur :

Un sentiment de sécurité est vital pour un climat propice à l'apprentissage. Il se peut que certains participants viennent à la formation avec peu d'expérience ou de formation sur la tuberculose, le VIH ou la coïnfection tuberculose/VIH (TB/VIH). Il est important que ces participants se sentent en sécurité pour pouvoir prendre des risques dans l'apprentissage et le partage de leurs expériences avec les autres.

Les règles de base contribuent à mettre en place un cadre sécurisant et propice à l'accomplissement des tâches. Voici quelques exemples de règles de base :

- Commencer à l'heure.
- Laisser à chacun le temps de parler.
- Ne pas interrompre.
- Rester sur le sujet.
- Rire beaucoup.
- Aucun commentaire n'est stupide.
- Respecter le caractère privé et la confidentialité des informations partagées avec le groupe.
- Informer un autre participant ou le facilitateur si vous allez être en retard ou manquer une journée.

Bien qu'il existe un grand nombre de règles de base que l'on pourrait reprendre d'autres formations, il est important que le groupe formule les règles qu'il juge importantes pour se sentir en sécurité dans le cadre de ce groupe précis. Avant de formuler des règles de base, le groupe devrait avoir une idée des objectifs et des activités de la formation.

Il est également important que les règles de base soient clairement rédigées et affichées bien en vue pendant toute la durée de l'atelier pour que les participants puissent les voir.³

³ Vella J. Learning to listen, learning to teach. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.



Module 5. Principes d'andragogie

Objectifs

- Discuter de la manière dont les adultes apprennent
- Examiner les principes essentiels de l'andragogie

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Notes autocollantes
- Flipchart
- Feutres
- Photocopies : Huit façons d'apprendre (Photocopie 4), Jeu de « Bingo » sur les styles d'apprentissage (Photocopie 5), Styles d'apprentissage (Photocopie 6)

Étapes

1. Répartissez les participants en petits groupes et leur donner les instructions suivantes :
 - a. Décrivez une bonne expérience d'apprentissage que vous avez eue en tant qu'adulte.
 - b. Citez deux facteurs qui ont fait que l'apprentissage était si bon.
 - c. Écrivez ces facteurs sur les notes autocollantes avec un marqueur de couleur sombre.
2. Demandez aux participants d'écouter une courte présentation sur la façon dont les adultes apprennent, basée sur les travaux de M. Knowles (cf. la section de ce manuel intitulée « L'apprentissage chez l'adulte », page 9).
3. Demandez à chaque petit groupe de choisir un des six facteurs mentionnés par J. Vella sur lequel le groupe réfléchira : respect, sécurité, immédiateté, pertinence, inclusion ou engagement.⁴
4. Demandez à chaque petit groupe de dessiner sur le flipchart un soleil rayonnant (un cercle avec six rayons) et décrire le facteur qu'ils ont choisi au centre du cercle. Demandez à chaque groupe de répondre à la question : *Qu'est-ce qui vous dit ou vous montre que le facteur sur lequel vous travaillez est effectivement présent dans un événement de formation ?*

Discussion

- Chaque petit groupe affiche son soleil à tour de rôle et partage les résultats de ses discussions avec l'ensemble du groupe.

⁴ Vella J. Learning to listen, learning to teach. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.



Module 6. Tuberculose — l'essentiel à savoir

Objectifs

- Inventorier ce que les participants savent sur la tuberculose
- Introduire la *Liste de contrôle simplifiée pour la lutte contre la tuberculose* (désignée ci-après *Liste de contrôle simplifiée*)
- Comprendre les fondements de la Liste de contrôle n° 1, la liste à utiliser au niveau des ménages

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Ruban adhésif
- Questionnaire de prétest sur la tuberculose (Polycopié 3)
- Se couvrir la bouche quand on tousse (Polycopié 7)
- *Liste de contrôle simplifiée* (pages 5 à 6, Liste de contrôle n° 1, questions 1 à 4)

Étapes

1. Annoncez que cette partie de l'atelier correspond aux séances techniques. Distribuez aux participants le Questionnaire de prétest sur la tuberculose (Polycopié 3) et demandez-leur de répondre aux questions en marquant d'un X la colonne « Vrai » ou « Faux ». Il n'est pas nécessaire d'écrire leurs noms sur la feuille. Faites-leur savoir que toutes les questions seront traitées durant l'atelier. Ramassez leurs prétests, corrigez-les et enregistrez les notes de manière à avoir une évaluation de référence des connaissances des participants sur la tuberculose et le VIH.
2. Collez six feuilles de flipchart sur différents murs de la salle. Écrivez une question tout en haut de chacune d'elle :
 - Qu'est-ce que la tuberculose ?
 - Quelle est la différence entre l'infection tuberculeuse et la tuberculose active ?
 - Quels sont les facteurs de risque d'évolution de l'infection tuberculeuse à la tuberculose active ?
 - Quels sont les signes et les symptômes de la tuberculose ?
 - Que savons-nous au sujet du traitement de la tuberculose ?
 - Comment le traitement de la tuberculose peut-il conduire à une résistance aux médicaments ?

Etapas

(suite)

3. Demandez aux participants de se mettre deux à deux. Demandez à chaque paire de passer devant chacune des feuilles de flipchart et d'y inscrire :
 - Ce qu'ils savent du sujet
 - Leurs préoccupations ou craintes
 - Les mythes ou idées erronées qu'ils connaissent sur le sujet ?
4. Examinez chaque feuille avec l'ensemble du groupe et répondez aux questions, aux préoccupations et aux informations erronées.
5. Présentez la *Liste de contrôle simplifiée* en renvoyant les participants à la page 4 où sont exposés les points suivants pour chaque type de liste de contrôle (ménages, communautés et organisations) :
 - But et utilité
 - Destinataires
 - Quand utiliser la liste
 - Comment utiliser la liste
6. Expliquez que les composantes de la liste de contrôle seront discutées dans les modules de la FdF.

Discussion

Points de discussion

- La tuberculose est une maladie qui se transmet par voie aérienne (toux et éternuements) et dont l'agent *Mycobacterium tuberculosis* se manifeste principalement au niveau des poumons, bien qu'il puisse aussi affecter d'autres parties du corps.
- Infection par opposition à maladie : Un tiers de la population mondiale est exposé à *M. tuberculosis* à un moment ou un autre. Une personne est dite infectée lorsque la bactérie de la tuberculose est présente dans son corps à l'état latent ou non actif. Le système immunitaire humain bloque l'infection à ce stade et la personne ne présente aucun signe ou symptôme de la maladie. La radiographie du thorax est normale et les analyses et cultures d'expectorations sont négatives. L'individu n'est pas contagieux. La situation change lorsque la maladie (la tuberculose) se développe.

La toux chronique (une toux qui dure plus de deux à trois semaines) est un symptôme important de la tuberculose au stade de maladie mais pas au stade d'infection (où aucun signe ou symptôme ne se manifeste). Au stade de maladie, les bactéries de la tuberculose se multiplient rapidement et peuvent souvent être identifiées dans les expectorations du malade. La recherche de bactéries par microscopie est une méthode courante de diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Cependant, certains problèmes qui affectent le système immunitaire (tels que la malnutrition, le VIH et le sida) peuvent causer de faux négatifs.
- Discutez des principaux facteurs de risque de transmission de la tuberculose d'une personne à une autre :
 - **Facteurs liés à la personne malade** : Infectiosité (des bactéries de la tuberculose sont relâchées dans l'air lorsque le patient tousse), stade de traitement (temps écoulé depuis le début d'un traitement et d'une observance corrects), compréhension de la tuberculose, conduite lors des toux et observance des pratiques de lutte contre la tuberculose.

Discussion

(suite)

- **Facteurs liés à la personne saine :** Proximité, durée et fréquence de l'exposition, niveau du risque d'infection tuberculeuse, observance des pratiques de lutte contre la tuberculose, vulnérabilité (susceptibilité ou réceptivité) de l'individu (en fonction de l'âge, de l'état immunitaire et de l'état général de santé).
- **Facteurs liés au milieu de vie ou de travail :** Exposition dans des lieux exigus et fermés, manque de ventilation dans le foyer, partage d'une même pièce ou d'une même chambre à coucher par plusieurs membres du foyer (une personne atteinte de tuberculose qui tousse dans une pièce aux fenêtres fermées est plus susceptible de transmettre la bactérie aux autres que lorsque la même personne tousse dehors).
- **Facteurs liés à la bactérie :** Les patients atteints de tuberculose multirésistante peuvent infecter plus de gens en raison de leur période d'infectiosité prolongée. Par ailleurs, les cas de tuberculose précédemment traités mais qui ont abouti à un échec, un abandon du traitement ou une rechute ont des niveaux plus élevés de multirésistance.

- Les facteurs de risque d'évolution de l'infection tuberculeuse à la maladie ont trait à l'immuno-déficience résultant de l'infection par le VIH, à la malnutrition, au diabète, à la silicose et à d'autres problèmes de santé immunosuppresseurs.

■ Signes et symptômes courants

- Toux persistante (habituellement plus de deux semaines. Une toux persistante devrait toujours faire l'objet d'un dépistage pour la tuberculose lorsqu'une personne a été déclarée séropositive au test du VIH.)
- Perte de poids ou d'appétit inexplicquée
- Fièvre
- Sueurs nocturnes

■ Traitements

- Pour la tuberculose sensible aux médicaments, le traitement dure de six à huit mois, avec une **phase intensive** de deux à trois mois suivie d'une **phase de continuation** de quatre à cinq mois.
- Le **traitement sous surveillance directe, courte durée**, ou **DOTS**, est la stratégie recommandée pour le traitement de la tuberculose. Référez-vous aux questions 1 à 4 de la liste de contrôle pour les ménages (Liste de contrôle n° 1 de la *Liste de contrôle simplifiée*).
- **Réduction de l'infectiosité :** Dès qu'une personne tuberculeuse commence le traitement avec les médicaments appropriés, son infectiosité (le risque qu'elle transmette la tuberculose à d'autres en toussant) diminue de jour en jour.
- **Effets secondaires :** Il arrive parfois que des patients tuberculeux arrêtent de prendre les médicaments en raison d'un effet secondaire qu'ils ressentent. Bon nombre des effets secondaires (tels que la nausée) peuvent être atténués à l'aide de mesures simples tels que la prise du médicament avec de la nourriture. De temps à autre, les effets secondaires indiquent des problèmes plus graves tels que des maladies du foie.

Discussion

(suite)

- Les patients sont souvent réticents à dire à l'infirmier ou à l'agent d'appui au traitement qu'ils ont des problèmes avec les médicaments. Il se peut qu'ils arrêtent de prendre le médicament à cause d'un effet secondaire sans rien dire à personne. Il se peut également qu'ils aient du mal à trouver le bon moment pour prendre le médicament s'ils travaillent. Des solutions simples peuvent cependant être trouvées dans bien des cas.
- Il est important de demander au patient s'il ressent des effets secondaires et de demander d'une manière simple, sans être moralisateur, s'il prend ses médicaments.
- **Tuberculose multirésistante et ultrarésistante :** La durée et le régime de traitement varient d'un pays à un autre et peut aller de dix-huit (18) mois à deux ans ou six mois de traitement intensif par injections quotidiennes. Si un patient arrête de prendre les médicaments (abandon du traitement) ou les prend seulement certains jours et pas du tout d'autres jours (faible observance du traitement), un tel comportement est la parfaite occasion de permettre aux bactéries de la tuberculose de développer une résistance aux médicaments. Si cela se produit, la personne redevient contagieuse et malade à nouveau. (Le module suivant donne plus d'informations à ce sujet). Certaines personnes peuvent être infectées par des souches de tuberculose résistantes aux médicaments et peuvent développer une tuberculose multirésistante par manque d'observance du traitement. La non observance du traitement de la tuberculose multirésistante peut aboutir à une tuberculose ultrarésistante.
- Si les participants n'ont aucune réponse à la question sur les croyances et les idées erronées courantes au sujet de la tuberculose, le facilitateur peut donner quelques exemples tels que :
 - La croyance que partager les mêmes ustensiles avec un tuberculeux peut propager la tuberculose est fausse.
 - La croyance que porter un masque chirurgical ou n'importe quel autre masque facial peut protéger les ASC de la tuberculose est fausse.
 - La croyance que se laver fréquemment les mains empêche la transmission de la tuberculose est fausse.
 - La croyance que les expectorations crachées par terre sont aussi contagieuses que les gouttelettes (qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures) est fausse.



Module 7. Infectiosité de la tuberculose et lutte contre l'infection

Objectifs

- Comprendre l'infectiosité de la tuberculose et le risque de la transmettre
- Comprendre les trois niveaux de mesures de lutte contre l'infection
- Appliquer, à des scénarios hypothétiques, les mesures appropriées de lutte contre la tuberculose, telles que présentées dans la *Liste de contrôle simplifiée*

Durée

Trois heures

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- POS 201 : lutte contre la tuberculose (Polycopié 8)

Étapes

1. Introduire la question de l'infectiosité de la tuberculose.
2. Examiner ensemble les trois niveaux de lutte contre la tuberculose et les facteurs d'infectiosité et de non infectiosité.
3. Examiner les procédures relatives aux niveaux de lutte selon le POS 201.
4. Discuter de la politique de l'OMS en matière de tuberculose multirésistante.
5. Se répartir en petits groupes pour discuter des études de cas et appliquer la liste de contrôle à chacun des scénarios hypothétiques.
6. Mener une discussion sur les scénarios hypothétiques.

Aperçu général

Les mesures de **lutte contre la tuberculose** sont habituellement considérées comme étant de trois niveaux : les mesures administratives (de la direction), les mesures environnementales et l'équipement de protection individuelle (protection respiratoire). De ces trois niveaux, les mesures administratives sont les premières et les plus importantes.

Les **mesures administratives** de lutte constituent la première ligne de défense dans la réduction de l'exposition à la tuberculose. Les mesures administratives devraient être clairement énoncées dans un plan de lutte contre la tuberculose comprenant des procédures opératoires standard (POS) avec les mesures à prendre au niveau du foyer ou de la communauté.

Les concepts fondamentaux suivants forment la base des mesures administratives de lutte :

- **Importance de l'hygiène par rapport à la toux.** Les ASC devraient séparer les personnes qui toussent (depuis plus de deux semaines), ainsi que les patients avérés de la tuberculose, des autres personnes et recommander le démarrage immédiat du traitement antituberculeux si cela est indiqué.
- **Enquête auprès des personnes en contact étroit avec le patient.** Les ASC devraient pouvoir évaluer les symptômes de la tuberculose chez les membres du ménage et de la communauté et référer rapidement pour dépistage les personnes qui pourraient être infectées.
- **Sensibilisation et éducation.** Les ASC devraient sensibiliser et informer les patients de la tuberculose et les membres de leurs familles sur l'essentiel de ce qu'il faut savoir sur la tuberculose.
- **Régime de traitement.** Les ASC devraient informer et sensibiliser les patients de la tuberculose sur l'observance du régime de traitement et le dépistage du VIH et leur apporter le soutien nécessaire à ces fins.
- **Dépistage du VIH.** Les ASC devraient encourager tous les membres du ménage du patient de la tuberculose à se faire dépister pour le VIH.
- **Mesures de collecte hygiénique des expectorations.**
- **Protection contre l'infection.** Des politiques adéquates doivent être mises en œuvre pour protéger les ASC contre la tuberculose, y compris l'accès au dépistage de la tuberculose et du VIH. En cas de séropositivité au VIH, l'ASC devrait pouvoir avoir accès à la thérapie antirétrovirale (TAR) et au traitement préventif à l'isoniazide (IPT) et devrait être réaffecté à une autre fonction.
- **Facteurs associés à l'infectiosité**
 - Toux ou procédure provoquant la toux
 - Positivité de l'analyse des expectorations
 - Tuberculose pulmonaire ou pharyngienne
 - Cavités dans les poumons
 - Patient qui ne se couvre pas la bouche quand il tousse
 - Ne pas recevoir un traitement adéquat

■ Facteurs associés à la non-infectiosité

- Pas de toux ou de procédure provoquant la toux
- Négativité de l'analyse des expectorations
- Tuberculose extrapulmonaire pour la plupart
- Pas de cavité dans les poumons
- Patient se couvre la bouche quand il tousse
- Reçoit un traitement adéquat depuis plus de deux semaines

Tuberculose multirésistante (politique de l'OMS) : Il est nécessaire de réduire la transmission de la tuberculose, particulièrement dans les ménages où il y a un patient atteint d'une tuberculose multirésistante parce que les autres membres du ménage sont à risque élevé de contracter l'infection et de développer la tuberculose par la suite. Que le patient soit traité en consultation externe ou admis dans un établissement sanitaire semble avoir peu d'impact sur la transmission au niveau des ménages, l'important étant qu'il reçoive un traitement efficace. Les patients atteints d'une tuberculose multirésistante prennent plus longtemps pour redevenir non contagieux que ceux qui ont une tuberculose sensible aux médicaments. Cela augmente le risque de transmission au sein du ménage, particulièrement si le patient est traité à domicile avant que ses expectorations ne redeviennent négatives. La tuberculose multirésistante augmente les risques de morbidité et de mortalité, particulièrement chez les personnes vivant avec le VIH. De ce fait, des mesures supplémentaires de lutte contre l'infection doivent être mises en œuvre lorsque le patient est traité à domicile, tels que les mesures environnementales et les mesures de protection respiratoire.

Les mesures environnementales de lutte constituent la deuxième ligne de défense dans la lutte contre la tuberculose. Elles comprennent différentes méthodes visant à assurer une ventilation adéquate par la maximisation de l'aération naturelle (ouverture des portes et des fenêtres), le recours à la ventilation mécanique (contrôle de la direction du flux de l'air au moyen de ventilateurs) ou le recours à ces deux méthodes à la fois. Les autres mesures environnementales de lutte requièrent des ressources et des technologies qui ne sont pas appropriées pour le cadre du ménage. Par conséquent, elles ne sont pas prises en compte dans ce manuel et dans la *Liste de contrôle simplifiée*.

Les mesures de protection respiratoire (équipement de protection individuelle)

représentent la troisième ligne de défense dans la lutte contre la tuberculose. L'utilisation généralisée et systématique d'appareils respiratoires et de masques chirurgicaux est peu pratique dans bien des milieux ménagers communautaires en raison de contraintes matérielles et du risque de renforcer la stigmatisation. Cependant, il est important que les ASC comprennent la différence en termes de niveau de protection entre un masque chirurgical (qui n'offre pas de protection suffisante à l'ASC qui le porterait, mais qui empêche la propagation d'aérosols infectieux lorsqu'il est porté par une personne infectieuse) et un appareil respiratoire qui doit être ajusté pour prévenir des fuites. Les ASC devraient être équipés d'appareils respiratoires lorsqu'ils rendent visite à des patients de tuberculose multirésistante à domicile.

**Aperçu
général**
(suite)

**Travaux
pratiques
en groupe**

N.B. Le facilitateur devra insister sur les points suivants avec les participants :

Adoptez les mesures appropriées selon le public avec lequel vous travaillez et déterminez quelles sont les mesures qui peuvent le mieux influencer l'observance des pratiques de lutte contre la tuberculose au sein des ménages. Commencez par les mesures les plus faciles et introduisez les autres par la suite.

Demandez aux participants de faire correspondre les mesures suivantes avec celles figurant dans la *Liste de contrôle simplifiée* :

- 1.** Amener les responsables et les représentants communautaires à promouvoir la prévention de la tuberculose, en particulier dans les milieux à forte prévalence de la tuberculose, de la tuberculose multirésistante ou de la tuberculose ultrarésistante.
- 2.** Sensibiliser la communauté sur les premiers signes et symptômes de la tuberculose, inciter au traitement jusqu'à la guérison complète et à appliquer les stratégies de réduction du risque au niveau du foyer (telles que ouvrir les fenêtres, dormir loin du patient et recourir à l'IPT pour les enfants ou les membres du foyer séropositifs).
- 3.** Réduire la stigmatisation associée à certaines mesures de lutte contre la tuberculose telles que le port de masque. Être le modèle en matière de lutte efficace contre la tuberculose.
- 4.** Produire et afficher des posters et d'autres supports IEC traitant de l'aération naturelle et des mesures d'hygiène à observer quand on tousse.
- 5.** Former les ASC et les agents d'appui au traitement et à l'observance du traitement sur la lutte contre la tuberculose et la manière d'effectuer les visites à domicile.
- 6.** Informer et sensibiliser les membres des ménages sur les mesures de lutte contre la tuberculose. Insister sur les signes et les symptômes de la tuberculose, l'observance du traitement et les mesures d'hygiène à observer quand on tousse.
- 7.** Mener des recherches de contact auprès de tous les membres du ménage et d'autres personnes proches qui ont pu être exposées au patient.
- 8.** Offrir le dépistage et le counseling sur le VIH à tous les membres du ménage.
- 9.** Offrir le traitement préventif, s'il est disponible. Accorder une attention particulière aux enfants et aux membres du ménage qui sont séropositifs.
- 10.** Chaque fois que cela est possible, porter un appareil respiratoire lors des visites au domicile des patients atteints de tuberculose multirésistante.
- 11.** Encourager les membres du ménage et les personnes ayant la tuberculose à participer à des groupes de soutien animés par un facilitateur, si ces groupes existent.

Scénarios

Demandez aux participants d'étudier chacun des scénarios ci-après et de planifier les mesures de lutte à prendre.

Scénario 1

Vous êtes un ASC en visite chez un patient de la tuberculose récemment référé. Le patient est un homme de 28 ans qui vit avec sa femme et ses trois enfants dans une petite maison à une pièce avec deux fenêtres et une porte. Les fenêtres sont fermées. La femme vous invite à entrer et vous offre du thé. Le patient et sa femme semblent assez maigres tous les deux. Le patient tousse, mais pas la femme. Les enfants ont respectivement deux, trois et six ans. Ils semblent être en bonne santé et jouent à l'intérieur de la maison.

Principales questions à examiner

- Mesures d'hygiène quand le patient tousse
- Connaissances du patient sur la tuberculose et le VIH
- Statut de la femme par rapport à la tuberculose et au VIH
- Vulnérabilité des enfants
- Problèmes d'aération de la maison lors de la visite de l'ASC (conseiller d'ouvrir les fenêtres)
- Interventions standard telles que l'éducation sanitaire
- Enquête sur les contacts des enfants avec le patient

Scénario 2

Vous êtes un ASC et vous êtes à l'église un dimanche. Vous remarquez un de vos patients atteints de tuberculose multirésistante est assis dans les premiers bancs de l'église. Vous savez qu'il est toujours contagieux et qu'il a dû prendre un moyen de transport public pour se rendre à l'église.

Principales questions à examiner

- Respect de la confidentialité vis à vis du patient
- Risque relatif de transmission dans l'église et sur le moyen de transport public
- Counseling du patient
- Besoins sociaux et spirituels du patient
- Aération de l'église
- Supports d'IEC
- Observance du traitement

Scénario 3

Vous êtes un superviseur d'ASC basé au centre de santé local. Vous êtes préoccupé au sujet d'une ASC qui a travaillé avec vous depuis de nombreuses années et qui s'est montrée excellente avec certains des patients les plus difficiles de la communauté. Elle est devenue pâle et amaigrie au cours des derniers mois.

Principales questions à examiner

- Statut de l'ASC par rapport au VIH et à la tuberculose
- Counseling et éducation sanitaire
- Politiques et pratiques en matière de santé des employés, tels que l'accès aux services de santé (modèle dispensaire du personnel), confidentialité, régime d'indemnisation des accidents du travail et sécurité sur le lieu de travail
- Surveillance des ASC
- Stigmatisation et évitement du dépistage de la tuberculose, du VIH ou des deux
- Peur de perdre son emploi ou d'être réaffectée ailleurs

Discussion

Basez l'éventail de mesures sur le niveau de risque encouru. Donnez la priorité aux interventions qui ont le plus d'impact et le moindre coût.

- **Cadres à risques faibles ou modérés :** Mesures administratives et quelques mesures environnementales
 - **Cadres à risques élevés :** Mesures administratives, mesures environnementales renforcées et protection respiratoire
-



Module 8. VIH — l'essentiel à savoir

Objectifs

- Inventorier ce que les participants savent et ne savent pas sur le VIH par rapport à la tuberculose
- Discuter de l'impact du fait de connaître son statut sérologique par rapport au VIH

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Notes autocollantes
- Fiches pour l'activité alternative ou la deuxième activité

Étapes

Brainstorming

1. Collez des feuilles de flipchart sur différents murs de la salle. Écrivez une des questions suivantes au haut de chacune d'elles :
 - Qu'est-ce que le VIH ?
 - Comment se transmet le VIH ?
 - Quels sont les signes et les symptômes du VIH ?
 - Que savons-nous au sujet des antirétroviraux (ARV) ?
2. Demandez aux participants de passer deux à deux devant chaque feuille de flipchart et d'y inscrire :
 - Ce qu'ils savent du sujet
 - Leurs questions
 - Leurs préoccupations et craintes
3. Examinez ensemble chaque feuille et répondez aux questions, préoccupations et informations erronées.

Comme activité alternative ou deuxième activité, vous pouvez inclure les étapes suivantes :

1. Répartissez les participants deux à deux. Donnez cinq notes autocollantes vierges à chaque paire. Demandez-leur d'écrire sur chaque note des questions ou quelque chose qu'ils voudraient savoir sur le VIH.
2. Collez toutes les notes sur un mur. Supprimez les questions qui se répètent.
3. Discutez chaque question et recueillez les idées des participants. Aidez les participants à faire la distinction entre les faits et les informations erronées.

Discussion

Points de discussion

- Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est un virus qui affaiblit le système immunitaire et cause le sida. L'infection au VIH se produit généralement en quatre stades : l'infection primaire, le stade cliniquement asymptomatique, l'infection symptomatique et l'évolution vers le sida.
- Le sida correspond au stade avancé de l'infection au VIH, lorsqu'un individu manifeste des infections cliniques spécifiques (selon les critères de détermination des stades cliniques de l'infection au VIH de l'OMS).
- Le VIH se transmet par les relations sexuelles non protégées, le partage d'aiguilles, l'allaitement maternel ou d'une mère infectée à son enfant. Il **ne se transmet pas** par les contacts habituels de la vie de tous les jours (baisers, embrassades, partage d'ustensiles) ou par les piqûres de moustique.
- Les moyens d'éviter le VIH sont les suivants :
 - Utiliser un préservatif (condom) de manière correcte et systématique lors de chaque rapport sexuel
 - Se faire traiter pour les IST guérissables
 - Ne pas partager des aiguilles
 - Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- Il est important de connaître son statut sérologique par rapport au VIH de manière à pouvoir recourir aux services de santé.
- En cas de dépistage positif, il est important de parler à un conseiller des services sociaux et à un agent de santé pour savoir comment se soigner.
 - Prendre le traitement préventif à la cotrimoxazole (TPC) pour prévenir d'autres infections qui peuvent affaiblir la santé.
 - Connaître les symptômes d'autres infections et les traiter correctement et sans délai.
 - Utiliser un préservatif (condom) lors des rapports sexuels pour prévenir la transmission du VIH aux autres et pour se protéger soi-même d'autres infections.
 - Solliciter des services de PTME en cas de grossesse.
 - Se faire dépister pour la tuberculose et commencer immédiatement le traitement en cas d'infection confirmée.
 - Envisager l'IPT en l'absence de signes de tuberculose active.



Module 9. Tuberculose et VIH

Objectifs

- Décrire l'association entre la tuberculose et le VIH
- Définir la coinfection tuberculose/VIH
- Expliquer l'impact du VIH sur les efforts de lutte contre la tuberculose
- Expliquer l'importance du dépistage du VIH pour les personnes ayant la tuberculose ou une suspicion de tuberculose

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipcharts
- Feutres
- Papier cache adhésif
- *Liste de contrôle simplifiée* : Liste de contrôle n° 1 : page 8, questions 12 à 15 ; Liste de contrôle n° 3 : page 17, questions 6 à 8)
- Notes autocollantes vierges et notes autocollantes avec des affirmations vraies ou fausses

Étapes

- Préparez un jeu de notes autocollantes avec des affirmations vraies ou fausses. Ecrivez une affirmation par note. Préparez un jeu de notes par groupe de quatre participants et incluez une note vierge par jeu. Ecrivez les affirmations numérotées suivantes :
 1. La tuberculose et le VIH sont la même chose. Il n'y a aucune différence.
 2. La tuberculose est la principale cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH.
 3. Les personnes vivant avec le VIH sont à risque élevé d'être infectées par la tuberculose et si elles sont infectées, d'en devenir malades à cause de la faiblesse de leur système immunitaire.
 4. Une personne vivant avec le VIH ne peut être guérie de la tuberculose.
 5. Si une personne a la tuberculose, cela veut dire qu'elle a également le VIH ou le sida.
- Demandez aux participants de se répartir en équipes de quatre personnes. Donnez à chaque équipe un jeu de notes autocollantes et une feuille de flipchart avec un tableau à deux colonnes (Vrai — Faux).
- Demandez à chaque équipe d'écrire une affirmation vraie ou fausse sur la note vierge.

Etapas

(suite)

- Annoncez « Partez ! » et demandez à chaque équipe de placer les notes dans la bonne colonne, y compris la note contenant l'affirmation vraie ou fausse sur la tuberculose/VIH que l'équipe a écrite sur la note vierge. Demandez aux équipes de présenter le résultat de leur travail à tout le groupe et d'expliquer leurs réponses.
- Discutez des questions 12 à 14 de la Liste de contrôle n° 1 et des questions 6 à 8 de la Liste de contrôle n° 3 avec tout le groupe.

Discussion

Réponses (par numéro d'affirmation)

- 1. Faux.** La tuberculose et le VIH forment une combinaison mortelle qu'on appelle *cöinfection* tuberculose/VIH. Chaque maladie fait progresser l'autre plus rapidement. Le VIH affaiblit le système immunitaire et fait que la personne séropositive qui est également infectée par la tuberculose a plus de risque de développer une tuberculose active qu'une personne séronégative.
- 2. Vrai.** La tuberculose est bien la première cause de mortalité chez les personnes séropositives.
- 3. Vrai.** Les personnes vivant avec le VIH sont plus à risque de tomber malade de la tuberculose parce que leur système immunitaire est affaibli. La tuberculose est plus difficile à diagnostiquer et évolue plus rapidement chez les personnes séropositives.
- 4. Faux.** Il est possible de guérir de la tuberculose même si on a le VIH. L'essentiel est de commencer le traitement sans délai et d'achever le traitement prescrit.
- 5. Faux.** Le fait d'avoir la tuberculose ne veut pas dire qu'on a forcément le VIH ou le sida. Cependant, il est recommandé de se faire dépister pour le VIH dans ce cas.

Principaux points de discussion

- Il est important que les personnes dépistées séropositives pour le VIH soient régulièrement dépistées pour la tuberculose et que celles qui aient la tuberculose connaissent leur statut sérologique par rapport au VIH.
- Les personnes dépistées séropositives devraient connaître les signes et les symptômes de la tuberculose.
- Pour contrer les impacts du VIH sur la tuberculose, l'IPT et d'autres interventions (autre la détection des cas de tuberculose) sont nécessaires, notamment la fourniture d'ARV, la prise de mesures pour réduire la transmission du VIH et la prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH ou le sida.
- La personne atteinte du VIH qui est infectée par la tuberculose a beaucoup plus de risque de développer une tuberculose active qu'une personne séronégative.
- Lorsqu'une personne séropositive pour le VIH a une tuberculose latente, elle devrait être immédiatement traitée avant que l'infection n'évolue vers une tuberculose active.



Module 10. Stigmatisation associée à la tuberculose et au VIH

Objectifs

- Décrire un certain nombre de croyances qui influencent les attitudes envers la tuberculose et le VIH
- Identifier différentes formes et causes de stigmatisation de la tuberculose et du VIH au sein de la communauté
- Expliquer comment la stigmatisation affecte la recherche de soins et l'observance du traitement
- Rendre les ASC plus à l'aise dans la mise en œuvre de la *Liste de contrôle simplifiée*.

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- *Liste de contrôle simplifiée*
- Paquet de notes autocollantes

Étapes

Mythes et croyances erronées

1. Préparez un jeu de notes autocollantes sur lesquelles sont inscrits des mythes ou des croyances erronées. Inscrivez un mythe ou une croyance erronée sur chaque note. Préparez un jeu par équipe. Utilisez les déclarations suivantes :
 - Ce sont les femmes qui transmettent la tuberculose aux hommes.
 - Toutes les personnes qui ont la tuberculose ont aussi le VIH.
 - La tuberculose résulte d'un acte de sorcellerie.
 - Une personne vivant avec le VIH ne peut pas guérir de la tuberculose.
 - Les personnes ayant la tuberculose sont toujours contagieuses.
 - S'il y a une personne qui a la tuberculose dans une famille, tous les membres de la famille l'ont également.
 - La tuberculose est la conséquence du péché.
 - Des relations sexuelles avec une fille vierge guérissent du VIH.
 - Vous pouvez contracter la tuberculose d'une femme qui a ses règles (ou qui a eu un avortement ou une fausse couche).
2. Divisez les participants en petites équipes et donnez à chaque équipe un jeu de notes autocollantes comportant les mythes ou les croyances. Demandez à chaque équipe de trouver une explication aux mythes ou aux croyances inscrits sur les notes en se basant sur les questions suivantes :
 - D'où vient cette croyance ou cette fausse idée?
 - Quelles sont les raisons ou le raisonnement qui ont conduit à cette croyance ?

Etapas

(suite)

3. Donnez une note autocollante vierge à chaque participant et demandez-leur d'y écrire leur réponse à la question suivante : ***Quels sont les facteurs qui influencent nos croyances sur certaines maladies telles que la tuberculose ?*** Suggérez des réponses au besoin : la famille, les pairs, les messages entendus à l'église ou dans les médias, et le niveau de confiance que nous avons envers les agents de santé.

Facteurs situationnels conduisant à la stigmatisation⁵

1. Posez les questions suivantes aux participants :
 - Quelle est la situation actuelle en termes de stigmatisation de la tuberculose ou du VIH au sein de la communauté ?
 - Quelles sont les formes de stigmatisation courantes au sein de la communauté ? Donnez des exemples de chaque forme de stigmatisation : stigmatisation interne (ou auto-stigmatisation), stigmatisation externe, les deux.
 - Quels sont certains des facteurs liés au milieu socioculturel ?
2. Répartissez les participants en petits groupes. Chaque équipe étudiera un aspect différent de la stigmatisation :
 - Les différentes formes de stigmatisation
 - La discrimination
 - Les causes
 - Les effets
3. Chaque équipe examinera les questions de la *Liste de contrôle simplifiée* et déterminera lesquelles d'entre elles peuvent impliquer de la stigmatisation, pourquoi et quelles mesures sont nécessaires pour contrer la stigmatisation de la tuberculose et du VIH (par exemple, respect de la confidentialité, politiques relatives au lieu de travail, groupes de soutien aux personnes ayant la tuberculose et éducation sanitaire).

Discutez de différentes formes de stigmatisation :

- Isolement, insultes, blâme, jugement
- Auto-stigmatisation : les personnes vivant avec la tuberculose et/ou le VIH se blâment elles-mêmes
- Stigmatisation par association — la famille entière est stigmatisée
- Stigmatisation basée sur le physique et l'apparence ou le type d'occupation

Discutez des différents effets de la stigmatisation :

- Sentiment d'isolement, de rejet, de condamnation, d'être oublié ou d'inutilité
- Chassé de la famille, de la maison, du travail ou des résidences louées
- Abandon scolaire (à cause de la pression des pairs, des insultes), dépression, suicide et alcoolisme

Exemples

- Secret et silence autour de la tuberculose et du VIH — difficulté d'aborder ces sujets
- Nier que la tuberculose ou le VIH est un problème réel

⁵ International HIV/AIDS Alliance, Academy for Educational Development. Understanding and challenging HIV stigma: Toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2007.

Étapes

(suite)

- Refus de services
 - Blâme de la personne pour la maladie
 - Les ménages affectés par la tuberculose et le VIH sont la cible d'insultes, d'exclusion et de discrimination
 - De nombreux conflits silencieux ou cachés entre différents ménages
 - Niveaux élevés de peur, de fatalisme et de désespoir
 - Manque de connaissances et peur de l'infection par les contacts de la vie de tous les jours
 - Charge de travail très lourde pour les ménages affectés par la tuberculose ou le VIH, y compris celle des soins
 - Niveaux élevés de pauvreté et de chômage — impact sur la tuberculose et le VIH et sur la stigmatisation
 - Risques élevés pour les jeunes filles — coercition, pauvreté et faible maîtrise de leur sexualité
4. Les équipes présentent le résultat de leur travail à l'ensemble du groupe.

Discussion

Discutez des raisons pour lesquelles les gens peuvent ne pas croire aux informations factuelles qui leur sont présentées sur la tuberculose ou le VIH.

- Les éducateurs donnent des informations peu claires ou incomplètes.
- Certains peuvent ne pas croire les éducateurs à cause de leurs propres croyances.

Discutez des croyances traditionnelles qui font que les gens ne croient pas aux informations factuelles qui leur sont données sur la tuberculose et le VIH :

- Le VIH est la conséquence du péché.
- C'est une punition divine : c'est pourquoi il n'y a pas de guérison possible.

Discutez des facteurs socioculturels, tels que :

- Une expérience préalable avec d'autres problèmes faisant l'objet de stigmatisation (VIH, pauvreté, hygiène, conditions de vie)
- Absence d'une politique anti-discrimination
- Désapprobation sociale

Si le temps le permet :

Déterminez laquelle des deux maladies — la tuberculose ou le VIH — est la plus stigmatisée de nos jours et avant l'apparition du VIH.



Module 11. Confiance et confidentialité

Objectifs

- Discuter de ce que nous entendons par « confiance » et « confidentialité »
- Accroître la prise de conscience des valeurs que sont la confiance et la confidentialité
- Réfléchir aux moyens de nous protéger et de protéger les autres lorsque nous discutons d'informations sensibles et personnelles
- Appliquer les principes de la confiance et de la confidentialité lors des visites à domicile des patients de la tuberculose

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Liste de contrôle simplifiée (pages 5 à 11, Liste de contrôle n° 1)

Étapes

1. Demandez au groupe : ***Quels termes locaux utiliserons-nous pour confiance et confidentialité ?***
2. Demandez aux participants de se répartir en groupes de quatre personnes. (Ou bien, faites une séance de brainstorming avec l'ensemble du groupe). Supposez que vous ayez un problème de santé qui vous embarrasse. Vous voulez demander conseil à quelqu'un, peut-être un parent, un voisin ou un agent de santé. Discutez ensemble de la question suivante : ***Quelles sont les qualités que vous souhaiteriez trouver dans la personne à qui vous demandez conseil ?***
3. Rappelez tout le monde autour du cercle et demandez aux participants quelles sont les qualités dont ils ont discuté. Dites-leur que nous avons tous des expériences dans notre vie que nous aimerions partager avec quelqu'un qui, nous le pensons, pourrait nous rassurer ou nous aider. Demandez aux membres du groupe de réfléchir à leurs propres qualités : ***Vous comportez-vous d'une manière qui incite les gens à vous faire confiance ?***
4. Demandez aux membres du groupe de réfléchir au partage d'expériences personnelles. ***Quels sont certains des bénéfices à tirer du partage d'expériences personnelles au sein d'un groupe ?*** Expliquez le concept de confidentialité partagée, et que nous apprenons beaucoup en parlant ensemble de nos différentes expériences. La confidentialité partagée peut nous aider à comprendre notre vie, à résoudre nos problèmes, à nous sentir mieux et à devenir plus forts en apprenant les uns des autres.

Etapes

(suite)

5. Posez la question au groupe : ***Quels risques y a-t-il à raconter aux autres nos histoires personnelles ?*** Expliquez que nous ne pouvons garantir qu'aucun d'entre nous n'ira raconter à d'autres personnes nos histoires personnelles. Si la confidentialité est violée au sein du groupe, cela pourrait mettre en colère ou blesser quelqu'un.
6. Demandez au groupe de réfléchir à la divulgation d'informations personnelles : ***Comment pouvons-nous travailler dans cet atelier et dans la communauté de manière à en tirer les avantages tout en réduisant les risques ?*** Expliquez que nous devons bien réfléchir avant de révéler des informations personnelles dans le groupe ou dans la communauté. Nous pouvons, par exemple, raconter nos histoires comme si les événements évoqués concernaient une autre personne (pas de noms) ou « des gens comme nous ». Certains d'entre nous peuvent être directement concernés par les problèmes qui sont discutés dans le groupe. Nous pouvons avoir eu la tuberculose ou avoir le VIH. Nous devons toujours parler de ces problèmes avec compassion, sans jugement ni plaisanterie.

Discussion

Discutez de la manière dont vous pouvez préserver la confidentialité d'une personne vivant avec la tuberculose, le VIH ou les deux.⁶

- Discuter du statut de la personne par rapport à la tuberculose ou au VIH lorsque la personne est seule ou se sent suffisamment à l'aise.
- Traiter toutes les informations concernant la personne (dossiers, registres, documents) dans la stricte confidentialité.

⁶ International HIV/AIDS Alliance, Academy for Educational Development. Understanding and challenging HIV stigma: Toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2007.



Module 12. Application pratique des connaissances

Objectifs

- Démontrer que l'apprenant a acquis les compétences nécessaires pour la communication interpersonnelle avec les patients de la tuberculose, leur famille et les membres de la communauté concernant la prévention de la transmission de la tuberculose dans le ménage et dans la communauté
- Identifier les faiblesses dans la communication et comment améliorer les compétences en matière de communication
- S'entraîner à l'utilisation de la *Liste de contrôle simplifiée* dans différentes situations hypothétiques ou différents scénarios

Durée

1 heure 30 minutes

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- *Liste de contrôle simplifiée*

Etapes

1. Exposé (15 minutes)

- Passez en revue les différentes manières dont un patient de la tuberculose peut transmettre la tuberculose aux autres membres de la famille dans le ménage ou à d'autres personnes dans la communauté.
- Passez en revue les concepts de base de la communication interpersonnelle pour réduire les risques de transmission de la tuberculose dans le ménage et dans la communauté (public cible, objectifs de communication, communication verbale et non verbale).
- Discutez des moyens d'améliorer l'efficacité de la communication (en utilisant des expériences personnelles et des questions ouvertes, de sondage).
- Discutez des signes qui permettent à un ASC de savoir qu'il a de bonnes techniques de communication.
- Passez en revue les caractéristiques de la personne qui sait écouter : « grandes oreilles, petite bouche ».
- Discutez de la stratégie de reformulation et de récapitulation de ce que dit une personne : Se baser sur ce que les gens savent déjà — recueillir tout d'abord leurs informations.
- Discuter en utilisant un langage simple et approprié.

Étapes

(suite)

2. Jeu de rôles (une heure)

Répartissez le groupe en trois équipes. Attribuez un scénario de cas à chaque équipe (voir les scénarios à la page 45). Les équipes disposeront de 30 minutes pour préparer un jeu de rôles de 5 à 10 minutes en utilisant la liste de contrôle. Après qu'une équipe ait fini son jeu de rôles, les autres équipes commentent les points forts et les points faibles de la communication dans le jeu de rôles. Le facilitateur fait ensuite les derniers points d'observation.

3. Résumé de la séance (5 minutes)

Discussion

Principaux points de discussion

Pendant qu'un groupe exécute son jeu de rôles, les deux autres groupes observent le jeu de rôles et évaluent les points suivants :

1. Les messages sont-ils clairs ?
2. L'ASC utilise-t-il des termes de jargon technique devant le public cible ?
3. L'ASC écoute-t-il le public cible ?
4. L'ASC donne-t-il l'occasion au public cible de lui poser des questions ?
5. Y a-t-il une communication à deux sens ?
6. Y a-t-il des exemples de communication non verbale qui encouragent ou découragent le public cible ?
7. L'ASC utilise-t-il des aides visuelles pour faciliter la communication ?
8. Si vous faisiez partie du public cible, l'ASC pourrait-il changer vos connaissances, votre attitude ou votre comportement ? Pourquoi ?

Scénario 1. Communication avec un patient infecté par la tuberculose et le VIH

Nana est une mère de 26 ans infectée par la tuberculose et le VIH qui vit avec ses deux enfants (âgés de cinq et trois ans respectivement). Son mari est mort de la tuberculose et du VIH. Elle a cessé de se rendre au centre de santé pour prendre ses médicaments quotidiens contre la tuberculose parce qu'elle pense que son traitement est sans espoir. Elle croit qu'elle va mourir comme son mari de la coinfection TB/VIH. Vous êtes un agent de santé communautaire en visite chez Nana à son domicile. **Quelles sont les questions de la Liste de contrôle qui sont particulièrement pertinentes au cas de Nana et ses enfants ?** Comment allez-vous communiquer avec Nana et la convaincre de reprendre son traitement contre la tuberculose ainsi que d'emmener avec elle ses deux enfants pour une thérapie préventive ?

Principaux points à communiquer

- La tuberculose est curable même en cas de coinfection au VIH.
- L'observance du traitement de la tuberculose permet de prévenir sa transmission aux enfants et aux autres membres du ménage.
- Les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement exposés aux risques d'infection par la tuberculose et de développer la maladie. Les enfants toussent-ils ? L'IPT peut prévenir la tuberculose chez ces enfants.

Scénario 2. Communication avec les membres du ménage

Vous êtes un agent de santé communautaire qui travaille dans une zone à haute prévalence du VIH. Vous rendez visite à un patient atteint de tuberculose à son domicile aujourd'hui, et vous remarquez que toutes les fenêtres et toutes les portes sont fermées. Exécutez un jeu de rôle de 5 à 10 minutes pour convaincre les membres de la famille d'ouvrir les fenêtres et les encourager à se faire dépister pour le VIH et la tuberculose. **Quelles questions de la Liste de contrôle vous aideront à illustrer ce problème ?**

Principaux points à communiquer

- La tuberculose est une maladie transmissible par l'air. Un patient atteint de tuberculose non traité peut répandre des gouttelettes contenant des germes de la tuberculose sur les autres personnes en toussant, en éternuant, en parlant ou en chantant.
- Lorsque l'on ouvre les fenêtres, le volume de l'air dans la maison augmente, ce qui disperse les gouttelettes.
- L'ouverture des fenêtres et l'amélioration de la ventilation dans la maison réduisent donc le risque que les autres membres du ménage n'inhalent des gouttelettes contenant des germes de tuberculose.
- Le VIH peut augmenter les risques de contracter la tuberculose. Cherchez donc à connaître votre statut sérologique (VIH).

Scénario 3. Communication avec un groupe de résidents au sein de la communauté

Tetto est un homme âgé de 28 ans. Il a été diagnostiqué comme ayant une coïnfection de la tuberculose et du VIH. Il vit tout seul dans une petite maison. Il a suivi un traitement contre la tuberculose pendant plus de trois mois. Il a pris du poids et a arrêté de tousser. Les résultats de ses examens montrent qu'il n'y a plus de bactéries de la tuberculose visibles au microscope. Plus personne ne vient lui rendre visite chez lui par peur d'attraper sa maladie. Bien qu'il y ait du travail tout près de chez lui et qu'il est suffisamment fort pour travailler, personne ne l'embauche parce que tous croient que Tetto transmettra la tuberculose aux autres. Tetto est si découragé qu'il décide de quitter sa communauté pour aller chercher du travail en ville.

En tant qu'ASC, faites une démonstration d'une séance de communication de 10 minutes avec des membres de la communauté. Comment pouvez-vous changer la perception et l'attitude des gens vis-à-vis de Tetto ? Comment pouvez-vous leur faire comprendre que Tetto n'est plus contagieux ?

Quelles questions de la Liste de contrôle traitent des ces problèmes ?

Principaux points à communiquer

- La tuberculose est une maladie transmissible par l'air. Toucher un patient de la tuberculose, ou partager des ustensiles de repas et de boisson avec cette personne ne transmet pas la tuberculose.
- Les patients de la tuberculose (ceux dont l'organisme est sensible aux médicaments) qui se conforment strictement au traitement pendant deux semaines deviennent non-contagieux. Les risques de transmettre la tuberculose aux autres personnes entrant en contact avec le patient de la tuberculose sont nettement réduits, tant que le patient continue à prendre tous ses médicaments.



Module 13. Cartographie des risques au niveau communautaire

Objectifs

- Définir la cartographie communautaire (cartographie des risques)
- Identifier les zones à risque élevé de transmission de la tuberculose
- Convenir d'interventions de lutte contre la tuberculose au profit de la communauté

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- *Liste de contrôle simplifiée* (pages 12 à 15, Liste de contrôle n° 2)

Etapes

1. Expliquez l'importance d'une cartographie des risques.
2. Répartissez les participants en équipes. Demandez aux équipes de dessiner une carte d'une circonscription bien connue et fortement affectée par la tuberculose pour démontrer comment cartographier les risques.
3. Demandez à chaque équipe de présenter sa carte en mettant en relief les zones à risque élevé de transmission de la tuberculose et d'indiquer les mesures de lutte qu'il faudrait appliquer. Référez-vous à la Liste de contrôle n° 2.

Discussion

Expliquez l'importance de la cartographie des risques.

- La cartographie des risques permet de mettre en relief les zones qui nécessitent une attention spéciale.
- La cartographie des risques de la tuberculose permet d'identifier les endroits clés et les interventions à mettre en place pour lutter contre la transmission de la maladie. (Parmi les endroits clés, on peut citer les centres de santé où les cas de tuberculose sont diagnostiqués et traités, les bars où les gens se rencontrent régulièrement, les salles de cinéma et autres lieux de rassemblement.)
- La cartographie des risques est un outil qui peut être utilisé ou mis en place par la communauté pour montrer la distribution des ressources de la zone, l'emplacement des services sociaux et la localisation des lieux à cibler en priorité pour des activités de sensibilisation et autres interventions.

Discussion

(suite)

Principaux points de discussion

Démonstration de la cartographie des risques

La cartographie des risques devrait inclure un centre de santé et d'autres points de repère importants à l'entour, y compris une circonscription où il y aura des ménages avec des patients de la tuberculose, des écoles, des églises, des routes, des centres de loisirs ou des bars. La cartographie des risques doit être effectuée avec le plus grand soin afin de ne pas identifier les ménages individuels, ce qui peut contribuer au problème de la stigmatisation

Discutez des différentes utilisations possibles de la cartographie des risques dans la lutte contre la tuberculose, particulièrement dans la mise en œuvre de mesures de lutte contre l'infection au niveau communautaire.



Module 14. Travail d'équipe

Objectifs

- Démontrer l'efficacité de résoudre les problèmes en équipe
- Définir le concept du travail d'équipe
- Décrire les comportements qui favorisent la résolution des problèmes en équipe
- Enumérer au moins cinq avantages du travail d'équipe
- Découvrir au moins cinq défis à relever lorsqu'on travaille en équipe

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Modèle des carrés brisés (Polycopié 9)

Etapes

Exercice avec le modèle des carrés brisés

Exécutez les tâches suivantes avant la séance de formation :

1. Ecrivez les règles de l'exercice sur un flipchart :
 - Les membres de l'équipe ne sont pas autorisés à parler.
 - Les membres de l'équipe ne sont pas autorisés à faire signe à d'autres personnes de leur donner une pièce du puzzle ou à prendre des pièces des autres.
 - Les membres de l'équipe peuvent donner des pièces de leur puzzle à d'autres membres de l'équipe.
 - Des observateurs veilleront à ce que les membres suivent les règles.
 - Les membres de l'équipe disposent de 15 minutes pour finir l'exercice.
2. Préparez un jeu d'enveloppes pour chaque équipe en vous basant sur le modèle des carrés brisés (Polycopié 9). Découpez des morceaux de papier correspondant aux trois formes de chacun des cinq carrés du modèle. Choisissez au hasard trois des 15 morceaux de papier et mettez les dans une enveloppe pour chaque membre d'équipe.

Etapas

(suite)

Exécutez les tâches suivantes pendant la séance de formation :

1. Répartissez les participants en équipes de cinq personnes. Désignez au moins un observateur pour chaque équipe jusqu'à ce que tous les participants aient reçu un rôle.
2. Donnez à chaque membre de l'équipe une enveloppe contenant les morceaux de papier de trois formes. Demandez aux équipes de former cinq carrés de tailles égales avec les morceaux de papier qu'elles ont reçus. La tâche n'est pas finie tant que chaque membre d'équipe n'a pas un carré parfait de la même taille que ceux devant les autres membres d'équipe.
3. Annoncez la fin de l'exercice après 15 minutes. Montrez à ceux qui n'ont pas réussi à terminer leurs carrés comment le faire.
4. Discutez de ce qui s'est passé durant l'exercice et des enseignements tirés :
 - De quelle manière pensez-vous que vous avez aidé ou gêné le groupe dans la réalisation de la tâche ?
 - Qu'ont ressenti les membres de l'équipe lorsqu'une personne détenait une pièce maîtresse et n'arrivait pas à trouver la solution ?
 - Qu'ont ressenti les membres de l'équipe lorsqu'une personne avait terminé son carré puis restait là à se croiser les bras sans rien faire pour aider le reste du groupe ?
 - Quelqu'un a-t-il enfreint les règles ?
 - Y a-t-il des enseignements à tirer de ce jeu que vous pouvez appliquer à votre vie personnelle et à votre travail en tant qu'ASC ? Lesquels ?

Exercice sur le travail d'équipe

1. Répartissez le groupe en plusieurs équipes de cinq personnes.
2. Posez la question : Qu'est-ce qui vous vient en premier à l'esprit lorsque vous entendez le mot « travail d'équipe » ? Demandez aux participants d'écrire leur réponse sur une note autocollante.
3. Demandez aux participants d'écrire également ce qu'un travail d'équipe n'est pas.
4. Demandez aux participants de discuter de leurs réponses avec leur équipe et de résumer leurs idées sur un tableau en deux colonnes.

Discussion

Principaux points de discussion

Avantages tirés du travail d'équipe

- Il y a beaucoup d'opportunités de discussions.
- Vous bénéficiez de beaucoup de soutien.
- Le principe « *Le tout est supérieur à la somme des parties* » est vérifié.
- L'équipe essaie de trouver son identité.
- C'est un processus d'ouverture et d'honnêteté envers les autres.
- Le facilitateur recherche des décisions prises en équipe.
- L'équipe accueille les nouveaux membres.
- Le travail d'équipe répartit la charge de travail.
- On parvient à de meilleures décisions grâce au travail d'équipe.
- Le travail d'équipe génère une multitude d'idées et de solutions.
- Le travail d'équipe crée une communauté au lieu de travail.

Discussion

(suite)

Les difficultés/inconvénients du travail d'équipe

- Il peut arriver que ce soit seulement un petit nombre de personnes dans le groupe qui fait la plus grande partie de la planification et du travail.
- Les décisions prises pendant les réunions de l'équipe ne sont pas exécutées ; les tâches assignées aux individus sont oubliées ou ne sont pas exécutées.
- Les membres de l'équipe arrivent en retard aux réunions et quittent en avance.
- Les membres de l'équipe sont désignés sans tenir compte de la façon dont ils devront travailler ensemble.
- Les membres de l'équipe n'accordent aucune valeur à leurs relations avec les autres membres et considèrent que les réunions d'équipe sont une perte de temps.
- Certains membres de l'équipe éprouvent du ressentiment envers d'autres membres parce que ces derniers ne font pas leur part de travail ou parce qu'ils ne laissent pas les autres participer à l'accomplissement du travail.



Module 15. Planification du passage à l'échelle

Objectifs

- Identifier qui sont les parties prenantes concernées
- Concevoir et mettre en place un mécanisme pour obtenir le point de vue des parties prenantes sur le processus de mise en œuvre
- Identifier les acteurs clés capables de promouvoir le passage à l'échelle
- Elaborer un plan de participation aux principaux réseaux et partenariats nationaux et locaux impliqués dans la lutte contre la tuberculose

Durée

Deux heures

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres

Etapes

1. Avec l'ensemble du groupe, discutez des espoirs et des attentes en ce qui concerne l'utilisation à plus grande échelle de la *Liste de contrôle simplifiée* (l'innovation). Enumérez les préoccupations et les éventuels défis à relever sur un flipchart.
2. Répartissez le groupe en petites équipes de quatre à cinq personnes.
3. Demandez aux équipes de réfléchir et de discuter des étapes à suivre pour le passage à l'échelle en se référant aux points de discussion énumérées ci-dessous et aux pages 53 à 54.

Discussion

Réflexion (en petits groupes) sur les marches à suivre recommandées⁷

1. Evaluation de la possibilité d'un passage à l'échelle et des implications d'une telle décision

- **Crédibilité** — L'innovation (la liste de contrôle) repose-t-elle sur des preuves solides d'efficacité ? Est-elle soutenue et promue par des personnes ou des institutions à la réputation bien établie ou les deux à la fois ? Lesquelles de ses composantes sont cruciales pour son succès ? Lesquelles de ses composantes peuvent être simplifiées pour faciliter le passage à l'échelle ?
- **Observabilité** — Les utilisateurs potentiels de l'innovation peuvent-ils constater concrètement ses résultats ? Comment peut-elle être améliorée ou mieux présentée aux directeurs de programmes de lutte contre la tuberculose ainsi qu'aux principales parties prenantes ?

⁷ ExpandNet. Worksheets for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization; 2010.

Discussion

(suite)

- **Pertinence** — Est-il nécessaire de renforcer la pertinence perçue de l'innovation ? Si oui, comment ?
- **Avantage comparatif** — L'innovation a-t-elle un avantage supplémentaire comparé aux autres pratiques existantes ou à d'autres modèles ? Comment son adoption peut-elle être encouragée plus efficacement ?
- **Facilité de mise en œuvre** — Sera-t-il facile ou difficile de mettre en œuvre l'innovation dans de nouveaux sites ? Le passage à l'échelle de l'innovation nécessitera-t-il d'importants besoins en ressources ?
- **Compatibilité** — L'innovation est-elle compatible avec les valeurs, les pratiques et les structures existantes ? Lesquelles de ses composantes pourraient-elles devoir être adaptées aux réalités locales ?
- **Testabilité** — L'organisation utilisatrice peut-elle tester l'innovation sans l'adopter pleinement ? L'innovation peut-elle être introduite progressivement ?

2. Evaluation de l'organisation utilisatrice et des implications pour le passage à l'échelle

- Selon vous, quelles organisations adopteront l'innovation ? A quel niveau devrait-elle être adoptée ? Que faut-il faire avant de prendre ces décisions ?
- Les organisations utilisatrices ont-elles la capacité de mettre en œuvre l'innovation en termes de :
 - capacité de formation
 - compétences techniques
 - leadership, gestion et supervision
 - personnel pour prendre en charge les nouvelles tâches découlant de l'innovation.
 - ressources nécessaires
 - logistique et approvisionnement
 - infrastructures
 - capacité de suivi et évaluation
- La mise en œuvre de l'innovation peut-elle se faire sans porter atteinte à la capacité de prestation de services de l'organisation utilisatrice ?
- La capacité de mise en œuvre est-elle uniformément existante dans toute l'organisation utilisatrice ? Ou bien, certaines régions ou sites du pays sont-ils mieux nantis que d'autres ?
- Existe-t-il des organisations qui peuvent jouer le rôle de mentors pour appuyer les organisations qui veulent adopter l'innovation ?

3. Evaluation de l'environnement et des implications pour le passage à l'échelle

- Quels sont les différents environnements qui influencent ou qui sont susceptibles d'influencer le processus du passage à l'échelle ? Pensez aux environnements suivants :
 - Secteur de la santé
 - Ministère de la Santé
 - Culture bureaucratique

Discussion

(suite)

- Besoins et droits des personnes
- Prise de décision en matière de politique et système politique
- Règles et réglementations, lois
- Caractéristiques socioéconomiques et culturelles
- Contraintes financières
- Disponibilité de ressources humaines
- Autres ?
- A quel niveau, dans chacune des dimensions de l'environnement, peut-on espérer trouver un soutien pour l'innovation ? Comment mobiliser ce soutien ?
- A quels niveaux est-il probable que l'on rencontre des oppositions, des obstacles ou des contraintes ? Que pourrait-on faire pour atténuer ou éviter ces contraintes ?

4. Types de passage à l'échelle, approches de diffusion et plaidoyer

Incluez les définitions suivantes dans la discussion :

- **Vertical** — Les innovations sont institutionnalisées par une décision de politique et des mesures politiques, juridiques, budgétaires ou une combinaison de ces types de mesures.
- **Horizontal** — Les innovations sont reproduites sur différents sites géographiques ou étendues pour desservir des populations plus larges ou différentes.
- **Greffage ou fonctionnel** — Expérimentation et ajout de nouvelles interventions à un groupe d'interventions.



Module 16. Planification de l'éducation communautaire

Objectifs

- Identifier les groupes cibles prioritaires et les activités appropriées de lutte contre la tuberculose dans ces groupes
- Elaborer un plan de travail pour la mise en œuvre de la *Liste de contrôle simplifiée* au niveau communautaire dans le cadre de la lutte contre la tuberculose

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Feuilles de flipchart
- Feutres
- Plan de travail communautaire (Polycopié 10)
- *Liste de contrôle simplifiée* (pages 12 à 15, Liste de contrôle n° 2)

Etapes

1. Répartissez le groupe en petites équipes. Donnez à chaque équipe des feuilles de flipchart avec les en-têtes suivantes :
 - **Analyse SWOT de la situation (forces, faiblesses, opportunités et menaces) :** Quelle est la situation actuelle dans la communauté en termes de lutte à base communautaire contre la tuberculose ?
 - **But :** Quel est l'objectif final de ce programme ? (Renforcer les mesures de lutte contre l'infection au niveau des ménages et de la communauté.)
 - **Objectifs :** Quels sont les changements que vous voulez apporter et dans combien de temps ?
 - **Activités :** Quelles activités allez-vous entreprendre pour atteindre ce but ?
 - **Responsables :** Qui est responsable de la mise en œuvre de ces activités ?
 - **Indicateurs :** Qu'est-ce qui pourrait indiquer que vous avez réussi ?
 - **Date d'achèvement :** Quelles sont vos dates cibles d'achèvement de ces activités ?
2. Demandez à chaque équipe de faire une séance de brainstorming pour chercher ce qu'il faudrait faire dans leur communauté pour la mise en œuvre de la Liste de contrôle n° 2 dans la *Liste de contrôle simplifiée*. Lancez-les sur la voie en introduisant quelques concepts importants sur les objectifs et l'évaluation.

Etapas

(suite)

Objectifs : L'acronyme SMART renvoie aux caractéristiques suivantes pour la définition d'objectifs :

Spécifique — Utilisez un langage clair avec suffisamment de détails pour éviter les ambiguïtés.

Mesurable — Donnez aux personnes concernées un objectif vers lequel travailler; donnez des preuves concrètes que l'objectif a été atteint. Voici un exemple d'objectif mesurable : « une augmentation de 10 pour cent de la participation ».

Attrayant — Les objectifs sont énoncés de manière à encourager et à influencer les autres pour qu'ils les acceptent et s'impliquent dans leur réalisation.

Réaliste — Les objectifs sont réalisables et pas trop ambitieux. Ils peuvent nécessiter des ressources et du travail supplémentaires, mais ils sont réalisables.

Temporel — Prévoyez une date limite, des points d'étapes successifs, le cas échéant, ou les deux. L'existence d'une date butoir permet de définir le travail à faire et le moment où il doit être fait.

Activités : *Quelles sont les activités à entreprendre en vue d'atteindre ce but ? Quelles activités sont les plus importantes ?*

- Ateliers de formation pour les ménages, la communauté et les pairs leaders
- Réunions de groupes de pairs et de la communauté, et sensibilisation dans les écoles
- Elaboration de plans d'action communautaires et de groupes de pairs
- Visites à domicile et soutien psychosocial aux ménages affectés par la tuberculose et/ou le VIH

Activités prioritaires : *Quelles activités sont les plus importantes ?*

Quels acteurs les exécuteront et de quoi ont-ils besoin : *Quelles seront les personnes impliquées dans l'exécution de cette activité ? De quelles ressources ont-elles besoin pour atteindre l'objectif ?*

Indicateurs : *Qu'est-ce qui vous indiquera que vous avez réussi ?*

- Davantage de personnes se rendent visites les uns aux autres et se soutiennent mutuellement
 - Plus d'ouverture lors des discussions sur les problèmes de la tuberculose et du VIH
 - Augmentation de la fréquentation des services de santé
 - Amélioration des connaissances sur la transmission de la tuberculose
 - Davantage d'ASC connaissent les signes et les symptômes de la tuberculose et mettent en œuvre les mesures de lutte dans leur travail
3. Dirigez une discussion de groupe sur les types d'activités d'éducation que les équipes ont évoqués pour leur communauté, et les indicateurs qui peuvent être nécessaires. Référez-vous à la section discussion ci-dessous pour des suggestions.
 4. Pour terminer, présentez les informations sur les mécanismes d'évaluation qui se trouvent sur la page 57.

Discussion

Principaux points de discussion

Exemple d'activités

- Evaluation des besoins et analyse des écarts
- Atelier de formation pour les agents de santé communautaires
- Sensibilisation de la communauté et des pairs
- Education communautaire participative sur les nouveaux éléments de preuve en matière de tuberculose et de VIH.

Exemple d'indicateurs

- Davantage de personnes se présentant pour un dépistage de la tuberculose, pour le counseling et le test du VIH
- Plus d'ouverture dans les discussions sur la tuberculose et le VIH
- Amélioration des connaissances sur la transmission de la tuberculose
- Diminution des cas de tuberculose chez les ASC et les membres de leurs familles

Informations supplémentaires sur l'évaluation

Mécanismes d'évaluation — Les programmes doivent tenir, à chacun de leurs sites, un registre des objectifs de chaque programme et des stratégies identifiées ci-dessus. Quelques concepts généraux sur l'évaluation sont les suivants. Ces concepts peuvent-être utiles aux sites lorsqu'ils veulent évaluer leurs buts, leurs objectifs et leurs activités.

Il existe trois types d'évaluation de programme : évaluation du processus, évaluation des résultats et évaluation d'impact. Chaque type d'évaluation a ses propres indicateurs. Les indicateurs définissent les attributs du programme qui sont évalués. Ils ont trait aux critères qui seront utilisés pour évaluer le programme (tel que la capacité de prestation de services du programme, le taux de participation et le niveau de satisfaction des clients). De plus, les sources d'éléments de preuves sont les personnes, les documents ou les observations qui fournissent des informations documentées sur les résultats de l'activité d'éducation évaluée.

- 1. L'évaluation du processus** examine dans quelle mesure le programme fonctionne comme prévu et est axée sur les intrants (activités et ressources) et les extrants (produits ou résultats). Cette section couvre les moyens, les outils et les procédures qui permettent d'atteindre les objectifs.

Ses indicateurs comprennent la capacité du personnel à mettre en œuvre une activité, le type d'activité et sa fréquence, le matériel utilisé, le nombre de supports pédagogiques distribués, le type et le nombre de partenariats établis.

Exemples : Nombre de listes de contrôle/ménages remplis, nombre de séances de formation organisées sur la lutte contre la tuberculose aux niveaux ménages et communautaire, nombre d'agents de santé communautaires formés.

2. L'évaluation des résultats mesure les résultats d'une intervention.

Ses **indicateurs** comprennent le niveau de connaissances acquis par le public cible après une activité d'éducation, les réactions de ce public et son niveau de satisfaction après l'activité.

Les résultats sont les produits directs des activités du programme.

La qualité est la mesure de succès du programme par rapport aux résultats obtenus et aux processus adoptés.

Exemple : Administrer un pré- et post-test à cinq groupes communautaires pour suivre l'évolution de la compréhension des principaux concepts de la lutte contre la tuberculose et contre la coïnfection tuberculose/VIH par la communauté. Ces tests seront administrés à trois différents moments de l'année afin de mesurer l'amélioration des connaissances des groupes communautaires à un moment donné et leur rétention finale desdites connaissances.

3. L'évaluation d'impact mesure l'effet qu'un programme peut avoir au-delà des limites de son objectif indiqué. Une évaluation d'impact est axée sur les résultats à long terme du programme.

Ses **indicateurs** comprennent les changements de comportement individuel, de normes sociales, de politiques ou de pratiques ou encore un changement dans l'état de santé ou la qualité de vie de la population cible.

Exemple : L'augmentation du soutien communautaire aux efforts de lutte contre la tuberculose manifestée par des actions de soutien indépendantes menées par la communauté. Par exemple, un groupe communautaire peut décider de parrainer des manifestations ou des causeries sur la lutte contre la tuberculose au profit de ses mandants, d'organiser des activités de sensibilisation ou de s'exprimer sur la question à des forums publics.



Module 17. Plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire

Objectifs

- Elaborer une définition commune du plaidoyer
- Déterminer et décrire des exemples pratiques de plaidoyer pour le passage à l'échelle de la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire
- Dire pourquoi le plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose est important

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- *Liste de contrôle simplifiée*

Étapes

1. Ecrivez « Plaidoyer » sur une feuille de flipchart.
2. Demandez aux participants de dire quels sont les principaux verbes et autres mots qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils entendent le mot « plaidoyer ». Ecrivez toutes les réponses sur le flipchart.
3. Répartissez les participants en petites équipes. Demandez à chaque équipe de formuler une définition du plaidoyer en utilisant les mots et les concepts inscrits sur le flipchart.
4. Chaque équipe présente sa définition.
5. Quand toutes les définitions sont affichées, demandez aux participants de réfléchir à ces questions :
 - Quels sont les points communs qui se dégagent de ces différentes définitions ? (Surlignez les points communs sur le flipchart avec un feutre marqueur de couleur.)
 - Quelle est la différence entre un plaidoyer et les concepts apparentés ? (Les définitions suivantes peuvent aider à clarifier les concepts.)
 - Le plaidoyer cible principalement des personnes qui ont une influence sur d'autres personnes.
 - L'information, l'éducation et la communication (IEC) sont principalement axées sur la prise de conscience et le changement de comportement.
 - La mobilisation communautaire renforce la capacité de la communauté à identifier ses besoins et à entreprendre des actions pour les satisfaire.
 - Le réseautage consiste à se joindre à des personnes et à des groupes pour un objectif commun.

Etapas

(suite)

6. En petites équipes, définissez dans les grandes lignes des actions de plaidoyer à mener en faveur du passage à l'échelle de la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire. Les exemples peuvent concerner tous les niveaux (local, national et international), et recourir à différentes méthodes de diffusion et niveaux de collaboration avec d'autres entités. Les principales questions à traiter sont les suivantes :

- Quel est le problème ?
- Qui décide de faire un plaidoyer pour aborder le problème ?
- Quel est l'objectif du plaidoyer ?
- Quel est le moment et le temps prévus pour le plaidoyer ?
- Quel est le public cible du plaidoyer ? Quelles sont les parties prenantes que vous devez influencer ? (Les décideurs politiques, les médias, les directeurs de programme de lutte contre la tuberculose, les prestataires et fournisseurs, les membres de la communauté, les associations professionnelles et les groupes de pression)
- Quelle est la meilleure façon de communiquer avec le public cible et les parties prenantes ?
- Quels sont les messages à utiliser ?
- Comment adapter les messages au public cible ?
- Quelles sont les éventuelles difficultés ?
- Comment pourriez-vous surmonter les difficultés ?
- Quels sont les résultats attendus des efforts de plaidoyer ?
- Quelles seraient les sources d'assistance les plus utiles ?
- Quels enseignements peuvent être tirés de cet effort ?

Discussion

Principaux points de discussion⁸

Exemples de définition

Un **plaidoyer** consiste à s'exprimer publiquement, à attirer l'attention de la communauté sur un problème important et à orienter les décideurs vers une solution.

Un **plaidoyer** est un processus visant à apporter des changements dans les politiques, les lois et les pratiques de personnes, de groupes et d'institutions influents.⁹

Un **plaidoyer** consiste à essayer de gagner l'appui des principales parties prenantes en vue d'influencer les politiques et les dépenses, et d'apporter des changements sociaux.⁹

⁸ World Health Organization. TB IC training for managers at the national and subnational level. Geneva: World Health Organization; 2009.

⁹ World Health Organization. Networking for policy change: TB/HIV advocacy training manual. Washington, DC: World Health Organization, Constella Futures, Partenariats STOP tuberculose; 2007.

Discussion

(suite)

Exemples de problèmes

- Lutte contre la tuberculose (mettre celle-ci dans le cadre plus large de la lutte contre les infections)
- Tuberculose multirésistante
- Soins et traitement à base communautaire (par opposition aux soins et traitement reçus dans les centres de santé)
- Tuberculose/VIH
- Observance du DOT
- Nouveaux diagnostics de la tuberculose
- Régimes de traitement plus courts
- Problèmes de stigmatisation et de droits de l'homme
- Médicaments antituberculeux de deuxième ligne

Exemples de messages clés

- La lutte contre l'infection tuberculeuse fait partie intégrante de la lutte globale contre la tuberculose.
- Elle peut jouer un rôle important dans le renforcement de la capacité des systèmes de santé à lutter contre les infections.
- Elle peut contribuer à la lutte contre les infections transmises par l'air.
- Il est crucial de combattre la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante.

Actions possibles

- Inclusion de la lutte contre la tuberculose dans les demandes de financement
- Appui au développement des ressources humaines
- Promotion du renforcement des systèmes de santé comme composante cruciale de la lutte contre la tuberculose et vice versa
- Financement de recherches opérationnelles sur la transmission de la tuberculose et pour la constitution d'une base fondée sur les preuves pour les interventions de lutte contre la tuberculose



Module 18. Suivi et supervision

Objectifs

- Décrire les directives administratives concernant la tuberculose et dire pourquoi il est important de les suivre
- Définir le rôle du suivi et de la supervision dans la mise en œuvre de la *Liste de contrôle simplifiée*
- Etablir un système d'appui organisationnel et d'évaluation des ASC qui mettent en œuvre la lutte contre la tuberculose aux niveaux des ménages, de la communauté et des organisations

Durée

Une heure

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- *Liste de contrôle simplifiée* (pages 16 à 17, Liste de contrôle n° 3)
- POS 201 (Polycopié 8)

Etapas

1. Avec l'ensemble du groupe, examinez les mesures administratives de lutte et voyez dans quelle mesure elles protègent les agents de santé. Discutez des définitions du suivi et de la supervision.
2. Répartissez les participants en équipes, avec un responsable de programme/service de lutte contre la tuberculose dans chaque équipe.
3. Discutez des méthodes actuelles de suivi et de supervision. Qu'est-ce qui marche bien et qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?
4. Elaborez une liste d'indicateurs de performance pour les activités de lutte contre la tuberculose en vous référant à la liste de contrôle.
5. Dans chaque petite équipe, remplissez la Liste de contrôle n° 3 de la *Liste de contrôle simplifiée*.
6. Demandez à chaque équipe de présenter les résultats de son travail à l'ensemble du groupe.

Discussion

Principaux points de discussion

- **Les mesures administratives** de lutte sont la première priorité parce qu'il a été prouvé qu'elles sont efficaces, reviennent moins cher et peuvent être mises en œuvre facilement par les responsables et les ASC.
- Le « **suivi** » fait référence à l'observation régulière et au compte-rendu des informations prioritaires sur le programme ou le projet, ses intrants et les extrants attendus, ses résultats et son impact. Dans le contexte d'un programme de lutte contre la tuberculose, il fait également référence aux interactions entre le personnel des centres de santé et les ASC en vue d'identifier les problèmes (les défis à relever) dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose et de trouver des solutions. Le suivi est essentiel à la supervision. Les méthodes de suivi comprennent l'analyse des données des registres, l'examen des rapports et la surveillance.
- Les réunions de **supervision** des ASC doivent être organisées régulièrement pour :
 - Vérifier l'exactitude et la complétude des registres et des rapports (vérifier les intervalles de temps)
 - Evaluer les risques professionnels pour les ASC et prendre des dispositions en conséquence (selon le niveau de risque)
 - Evaluer les changements dans les fonctions ou les besoins
 - Apporter son soutien et prêter oreille aux inquiétudes des ASC
 - Discuter des cas et des situations difficiles avec les ASC
 - Discuter de ce qui fonctionne bien et de ce qui devrait être renforcé et reproduit ailleurs
 - Discuter des domaines où une amélioration est nécessaire et des mesures à prendre
 - Evaluer les besoins en matière de formation continue ou sur le tas
 - Fournir des équipements de protection individuelle (appareils respiratoires) et un programme pour les tests d'ajustement là où les ressources le permettent
 - Encourager le dépistage du VIH et les enquêtes de diagnostic de la tuberculose
- **Si un ASC est séropositif pour le VIH**, le superviseur prendra les mesures suivantes :
 - Eviter de l'exposer aux cas de tuberculose non traités (le muter ailleurs, préserver la confidentialité).
 - S'assurer que l'ASC connaît les signes et les symptômes de la tuberculose et a accès au dépistage de la tuberculose, le cas échéant.
 - S'assurer qu'il puisse faire régulièrement des dépistages de tuberculose active.
 - Lui recommander de suivre une TAR et le référer à un prestataire, ou lui donner accès à la TAR.



Module 19. Récapitulatif, post-test et évaluation

Objectifs

- Remplir le Questionnaire de post-test sur la tuberculose et étudier ensemble les bonnes réponses
- Recueillir le feedback verbal et écrit des participants sur la formation
- Délivrer à chaque participant un certificat d'achèvement (le cas échéant)

Durée

45 min

Matériel et fournitures

- Flipchart
- Feutres
- Polycopiés : Questionnaire de post-test sur la tuberculose, non rempli (Polycopié 3), Evaluation de la formation des formateurs (Polycopié 11)
- Certificats (facultatif, en fonction des critères/usages locaux)
- Stylos

Etapes

1. Distribuez des copies non remplies du Questionnaire de post-test sur la tuberculose aux participants et demandez-leur de les remplir.
2. Ramassez toutes les post-tests et passer en revue les bonnes réponses avec l'ensemble des participants.
3. Dans le même temps, un co-facilitateur calculera les notes et affichera les résultats sur un flipchart. Cela permettra de comparer les mauvaises réponses du post-test avec les mauvaises réponses du prétest.
4. Demandez à tous les participants de remplir le formulaire d'évaluation de la FdF et de fournir autant de détails que possible.
5. Après avoir collecté les formulaires d'évaluation, revoyez la liste des attentes et des préoccupations, et vérifiez avec les participants s'ils ont le sentiment que l'atelier a répondu à leurs préoccupations. (Certaines préoccupations peuvent sortir du champ de l'atelier.)
6. Demandez à chacun des participants de partager avec les autres ce qu'il a trouvé de plus utile dans l'atelier.
7. Donnez à chaque participant un certificat, le cas échéant.
8. Remerciez tout le monde pour leur participation.

Discussion

- Lors de la revue des réponses au post-test sur la tuberculose, s'assurer qu'elles soient toutes bien comprises, en particulier les réponses aux questions ayant recueilli le plus fréquemment des mauvaises réponses.



IV. Documents à distribuer

Polycopié 1. Emploi du temps proposé pour la formation sur la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire

Jour 1

8h30 à 9h30	Faisons connaissance Aperçu général Attentes et préoccupations Mise en place des règles de procédure du groupe
9h30 à 10h30	Principes d'andragogie
10h30 à 10h45	Pause-café
10h45 à 11h45	Tuberculose — l'essentiel à savoir
11h45 à 12h45	Infectiosité de la tuberculose et lutte contre l'infection
12h45 à 13h45	Déjeuner
13h45 à 15h45	Infectiosité de la tuberculose et lutte contre l'infection (<i>suite</i>)
15h45 à 16h00	Pause-café
16h00 à 17h00	VIH — l'essentiel à savoir
17h00 à 17h15	Récapitulatif et évaluation journalière

Jour 2

8h30 à 8h45	Résumé de la journée précédente
8h45 à 9h45	Tuberculose et VIH
9h45 à 10h00	Pause-café
10h00 à 11h00	Stigmatisation associée à la tuberculose et au VIH
11h00 à 12h00	Confiance et confidentialité
12h00 à 13h00	Déjeuner
13h00 à 14h30	Application pratique des connaissances
14h30 à 15h30	Cartographie des risques au niveau communautaire
15h30 à 15h45	Pause-café
15h45 à 16h45	Travail d'équipe
16h45 à 17h00	Récapitulatif et évaluation journalière

Jour 3

8h30 à 8h45	Résumé de la journée précédente
8h45 à 10h00	Planification du passage à l'échelle
10h00 à 10h15	Pause-café
10h15 à 11h30	Planification du passage à l'échelle (<i>suite</i>)
11h30 à 12h30	Planification de l'éducation communautaire
12h30 à 13h30	Déjeuner
13h30 à 14h30	Plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose au niveau communautaire
14h30 à 15h00	Suivi et supervision
15h00 à 15h15	Pause-café
15h15 à 15h45	Suivi et supervision (<i>suite</i>)
15h45 à 16h30	Récapitulatif, post-test et évaluation de la formation



Mes préoccupations avant ma participation à ce programme et mes préoccupations en ce moment

[illegible]



Polycopié 3. Questionnaire sur la tuberculose

Répondez aux questions suivantes en cochant la case « Vrai » ou « Faux ».

Généralités	Vrai	Faux
1. La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible par l'air qui affecte surtout les poumons.		
2. La tuberculose devient plus difficile à traiter à cause de sa résistance à un nombre croissant de médicaments.		
3. La tuberculose qui affecte les autres parties du corps, telles que le cerveau, les glandes et la colonne vertébrale, est aussi contagieuse que la tuberculose pulmonaire.		
4. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire active peut produire des gouttelettes infectieuses de tuberculose qui contiennent des bacilles.		
5. Les expectorations crachées sur le sol sont aussi infectantes que les gouttelettes porteuses de bacilles de la tuberculose qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures.		
6. Toutes les personnes qui ont été exposées à la tuberculose et ont été infectées finissent par développer la maladie.		
7. Les symptômes les plus courants de la tuberculose sont la toux, la fièvre, les sueurs nocturnes et la perte de poids.		

Transmission de la tuberculose	Vrai	Faux
8. Une personne devient infectée par la tuberculose en respirant l'air expulsé par une personne atteinte de tuberculose lorsque celle-ci tousse.		
9. On peut attraper la tuberculose en restant dans la même maison qu'une personne atteinte de tuberculose.		
10. Une fois qu'une personne commence un traitement efficace contre la tuberculose, elle peut encore transmettre la tuberculose à d'autres personnes pendant des années, même après un traitement complet contre la tuberculose.		
11. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire peut tousser et transmettre des bacilles aux autres si elle se trouve dans un endroit plein de gens tel que les salles de cinéma et les bars.		
12. Les agents de santé communautaires ne risquent pas d'être infectés par la tuberculose à partir du moment où ils ont été vaccinés avec le BCG.		
Lutte contre l'infection de la tuberculose	Vrai	Faux
13. Un simple masque ou un mouchoir donné à un patient qui tousse est un bon moyen de réduire la transmission de la tuberculose.		
14. Séparer les patients qui toussent et qui sont suspectés d'infection par la tuberculose des autres patients est un bon moyen de prévenir la transmission de la tuberculose.		
15. Si vous toussiez ou éternuez, il faut vous couvrir le nez et la bouche avec la main, un mouchoir ou un simple masque.		
16. Laisser les portes et les fenêtres ouvertes est un moyen important de prévenir la transmission de la tuberculose dans une maison, un dispensaire ou un hôpital.		
17. Se laver régulièrement les mains aide à prévenir la transmission de la tuberculose.		
18. Les agents de santé communautaires qui travaillent avec des patients atteints de tuberculose devraient connaître leur propre statut sérologique par rapport au VIH.		

Tuberculose et VIH	Vrai	Faux
20. Il n'existe aucun lien entre la tuberculose et le VIH.		
21. Une personne vivant avec le VIH ne peut pas guérir de la tuberculose.		
22. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus courante et la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.		
23. Une personne porteuse du VIH a plus de risque d'être malade de la tuberculose qu'une personne non-porteuse du VIH.		
24. On ne doit jamais prendre d'ARV et suivre un traitement contre la tuberculose en même temps.		
25. Les agents de santé communautaires atteints du VIH devraient éviter de travailler avec des patients atteints de tuberculose active dans un environnement clos, tel que leur maison.		

Corrigé du Questionnaire sur la tuberculose

Généralités	Vrai	Faux
1. La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible par l'air qui affecte surtout les poumons.	✓	
2. La tuberculose devient plus difficile à traiter à cause de sa résistance à un nombre croissant de médicaments.	✓	
3. La tuberculose qui affecte les autres parties du corps, telles que le cerveau, les glandes et la colonne vertébrale, est aussi contagieuse que la tuberculose pulmonaire.		✓
4. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire active peut produire des gouttelettes infectieuses de tuberculose qui contiennent des bacilles.	✓	
5. Les expectorations crachées sur le sol sont aussi infectantes que les gouttelettes porteuses de bacilles de la tuberculose qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant plusieurs heures.		✓
6. Toutes les personnes qui ont été exposées à la tuberculose et ont été infectées finissent par développer la maladie.		✓
7. Les symptômes les plus courants de la tuberculose sont la toux, la fièvre, les sueurs nocturnes et la perte de poids.	✓	

Transmission de la tuberculose	Vrai	Faux
8. Une personne devient infectée par la tuberculose en respirant l'air expulsé par une personne atteinte de tuberculose lorsque celle-ci tousse.	✓	
9. On peut attraper la tuberculose en restant dans la même maison qu'une personne atteinte de tuberculose.	✓	
10. Une fois qu'une personne commence un traitement efficace contre la tuberculose, elle peut encore transmettre la tuberculose à d'autres personnes pendant des années, même après un traitement complet contre la tuberculose.		✓
11. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire peut tousser et transmettre des bacilles aux autres si elle se trouve dans un endroit plein de gens tel que les salles de cinéma et les bars.	✓	
12. Les agents de santé communautaires ne risquent pas d'être infectés par la tuberculose à partir du moment où ils ont été vaccinés avec le BCG.		✓
Lutte contre l'infection de la tuberculose	Vrai	Faux
13. Un simple masque ou un mouchoir donné à un patient qui tousse est un bon moyen de réduire la transmission de la tuberculose.	✓	
14. Séparer les patients qui toussent et qui sont suspectés d'infection par la tuberculose des autres patients est un bon moyen de prévenir la transmission de la tuberculose.	✓	
15. Si vous toussiez ou éternuez, il faut vous couvrir le nez et la bouche avec la main, un mouchoir ou un simple masque.	✓	
16. Laisser les portes et les fenêtres ouvertes est un moyen important de prévenir la transmission de la tuberculose dans une maison, un dispensaire ou un hôpital.	✓	
17. Se laver régulièrement les mains aide à prévenir la transmission de la tuberculose.		✓
18. Les agents de santé communautaires qui travaillent avec des patients atteints de tuberculose devraient connaître leur propre statut sérologique par rapport au VIH.	✓	

Tuberculose et VIH	Vrai	Faux
20. Il n'existe aucun lien entre la tuberculose et le VIH.		✓
21. Une personne vivant avec le VIH ne peut pas guérir de la tuberculose.		✓
22. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus courante et la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.	✓	
23. Une personne porteuse du VIH a plus de risque d'être malade de la tuberculose qu'une personne non-porteuse du VIH.	✓	
24. On ne doit jamais prendre d'ARV et suivre un traitement contre la tuberculose en même temps.		✓
25. Les agents de santé communautaires atteints du VIH devraient éviter de travailler avec des patients atteints de tuberculose active dans un environnement clos, tel que leur maison.	✓	



Polycopié 4. Huit façons d'apprendre

1

Verbale — linguistique

Intelligence des mots, langage écrit et oral

Ex : techniques de description

2

Visuelle — spatiale

S'appuie sur le sens de la vue et la capacité à visualiser — y compris la capacité à créer des images mentales

Ex : observer une démonstration

3

Musicale — rythmique

A trait à la reconnaissance des combinaisons de tons, des sons, des rythmes, des mesures

Ex : utilisation d'une chanson pour mémoriser ou se rappeler des informations

4

Interpersonnelle

A trait aux relations et à la communication entre les personnes, capacité à « saisir les pensées », comprendre ce qui se passe

Ex : distinguer les caractéristiques individuelles et les caractéristiques communes au sein d'un groupe

5

Logistique — mathématique

Pensée inductive et déductive, nombre, modèles abstraits, scientifique

Ex : étude des résultats

6

Corporelle — kinesthésique

A trait au mouvement physique et à la sagesse du corps

Ex : essayer et faire !

7

Intra-personnelle

A trait à l'image de soi, à la conscience de son état interne, à la connaissance de soi

Ex : réfléchir sur le sens de soi

8

Naturaliste

Connaissance et sens profonds de la nature, de l'ordre des choses, du fonctionnement de la nature et des raisons de ce fonctionnement

Ex : délaisser le rationnel pour se laisser guider par son intuition

Source : Lazear D. Seven pathways of learning. Arlington Heights, Illinois: Skylight Professional Development; 1994.



Polycopié 5. Jeu de « Bingo » sur les styles d'apprentissage

B	I	N	G	O
Possède un sens aigu de la nature et de ce qui s’y passe	Aime les mots croisés et/ou les jeux basés sur les mots, tels que le Scrabble	Arrive à voir des choses que d’autres ne voient habituellement pas, tels que les motifs, les couleurs, les lignes ou les formes	Possède une bonne dextérité manuelle qui se manifeste, par exemple, par la couture, la sculpture, etc.	
Peut entendre juste deux notes à la radio et savoir immédiatement de quel morceau ou de quelle chanson il s’agit	A une bonne maîtrise de la langue, trouve les mots justes	Arrive à détecter les problèmes qui couvent au sein du personnel bien avant les autres	Est bon aux jeux de puzzle où des nombres sont agencés selon un motif et il faut trouver le nombre manquant	
Sait acheter des objets de décoration domestique, les disposer artistiquement et obtenir toujours un résultat de bon goût	Préfère tenir un journal intime où il enregistre ses pensées et ses sentiments les plus intimes	Peut contrôler avec une grande aisance les mouvements de son corps, tels que dans la danse, le saut ou le patinage, etc.	Peut habituellement détecter l’humeur, les pensées et les sentiments des autres ; sait « lire » dans les personnes	
Recherche habituellement des moments de solitude, comme par exemple une retraite, pour apprendre davantage sur soi	Est bon dans le raisonnement logique, sait voir les liens et les structures entre les choses et les évènements	A une oreille musicale et peut chanter en harmonie avec la mélodie de quelqu’un d’autre	Arrive à reconnaître facilement les indices subtils des changements de saisons	

Pensez à une personne que vous connaissez bien. (Vous ne pouvez pas vous choisir vous-même.) Décidez lesquels des attributs ci-dessus s'appliquent à cette personne et marquez-les sur votre carte ou grille de Bingo (en les rayant, les cochant, les couvrant avec une pièce de monnaie ou un morceau de papier, etc.). Quels styles d'apprentissage cette personne utilise-t-elle ?

Annoncez « Bingo ! » lorsque vous avez coché quatre cases horizontalement, verticalement ou diagonalement.



Polycopié 6. Styles d'apprentissage

Les apprenants visuels

Apprennent par la vue...

Ces apprenants ont besoin de voir le langage corporel et l'expression du visage de l'enseignant pour pouvoir bien comprendre le contenu d'une séance d'enseignement. Ils préfèrent s'asseoir au premier rang pour éviter les obstructions visuelles (telles que les têtes des autres participants). Ils peuvent penser sous forme d'images et apprennent le mieux en se référant à des éléments visuels tels que les graphiques, les transparents, les vidéos, les flipcharts et les photocopiés. Pendant un exposé ou une discussion, ils préfèrent prendre des notes détaillées pour assimiler les informations. Ils reconnaissent les gens par la vue et n'oublient pas les visages.

Les apprenants auditifs

Apprennent en écoutant...

Ils apprennent le mieux en écoutant des cours présentés oralement, à travers des discussions, en parlant des choses en détail et à fond et en écoutant ce que les autres ont à dire. Ils interprètent le sens caché des propos d'autrui en écoutant le ton de la voix, le timbre, le débit et d'autres nuances. L'information écrite a peu de sens pour eux tant qu'elle n'est pas lue à haute voix. Ces apprenants tirent souvent avantage de la lecture à haute voix et de l'utilisation d'un magnétophone.

Les apprenants kinesthésiques

Apprennent par des activités physiques et une implication directe...

Les kinesthésiques apprennent le mieux par une approche d'expérience pratique. Ils aiment explorer le monde physique qui les entoure. Ils ont du mal à rester tranquilles pendant longtemps et peuvent devenir distraits à cause de leur besoin d'activité et d'exploration.



Polycopié 7. Se couvrir la bouche quand on tousse

Arrêtez de propager les germes qui vous rendent malade ainsi que les autres !

Couvrez-vous la bouche quand vous tousssez !

Couvrez-vous
la bouche et le nez
à l'aide d'un mouchoir
ou d'un kleenex
quand vous tousssez

Jetez les mouchoirs
ou les kleenex
que vous avez utilisés
dans la poubelle

Lavez-vous les
mains au savon et
à l'eau tiède pendant
20 secondes

stop the spread of germs that make you and other sick!

cover your cough

Cover your mouth and nose with a tissue when you cough

or cough or sneeze into your upper sleeve, not your hands

put your used tissue in the waste basket.

You may be asked to put on a surgical mask to protect others

Wash hands with soap and warm water for 20 seconds

clean your hands
after coughing or sneezing

or clean with alcohol-based hand cleaner.

ou bien
Toussez et éternuez
dans le creux de
votre bras et non
dans vos mains

Il se peut qu'on
vous demande à
porter un masque
chirurgical pour
protéger les autres

Lavez-vous
les mains après
avoir toussé
ou éternué

Ou frottez-les avec
un gel à base d'alcool





Polycopié 8. POS 201 : lutte contre la tuberculose

I. Les concepts clés

- Les agents de santé communautaires (ASC) ont une opportunité unique d'aider à prévenir la propagation de la tuberculose en enseignant et en surveillant l'application des mesures de lutte contre l'infection au niveau des ménages durant les visites à domicile.
- L'objectif de la lutte contre la tuberculose est de réduire au minimum le risque de transmission de la tuberculose en détectant suffisamment tôt les personnes atteintes de tuberculose, en les isolant immédiatement et en les traitant sans délai pour qu'elles ne transmettent pas la tuberculose à d'autres.
- Mettre en œuvre la lutte contre la tuberculose parallèlement aux autres précautions générales ou d'usage.
- Tout patient de la tuberculose pulmonaire est considéré comme contagieux durant les deux premières semaines de traitement ; les patients atteints de tuberculose pulmonaire peuvent transmettre la tuberculose aux autres par voie aérienne.
- Les agents de santé infectés par le VIH ont un risque accru d'être infectés par la tuberculose et de devenir malades (développer une tuberculose active) parce qu'ils sont plus fréquemment exposés à des personnes présentant une suspicion de tuberculose ainsi qu'à des personnes malades de la tuberculose (cas actifs) mais non diagnostiquées comme tel.
- Un patient atteint de tuberculose est considéré non contagieux après
 - 2 ou 3 analyses d'expectorations négatives consécutives sur deux jours différents
 - avoir achevé au moins deux semaines de traitement antituberculeux
 - avoir subi une évaluation diagnostique ou un traitement antituberculeux complet
- Le terme « tuberculose » dans cette POS et dans les autres POS désigne la propagation de *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de la tuberculose, que les mesures de lutte recommandées cherchent à prévenir.

II. Le personnel essentiel

- Agents de santé communautaire
- Infirmiers
- Patients
- Membres de la famille
- Personnel administratif

III. Le matériel et fournitures

- Mouchoirs kleenex jetables
- Morceaux de tissus jetables
- Récipient avec couvercle
- Masques faciaux (si disponibles)

IV. Les procédures

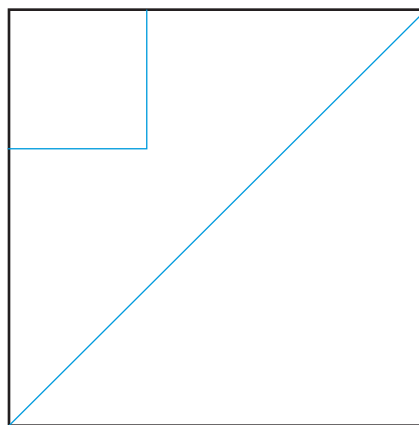
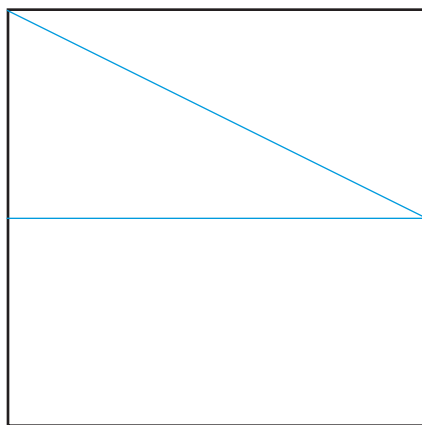
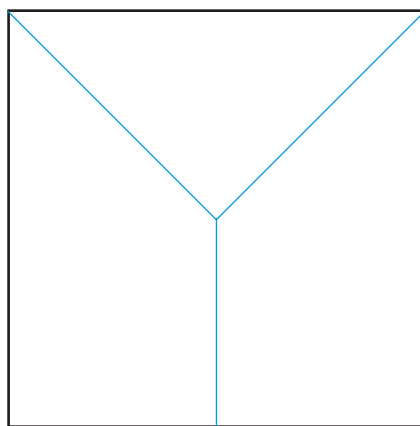
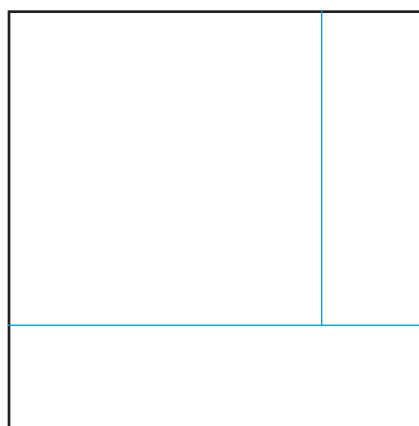
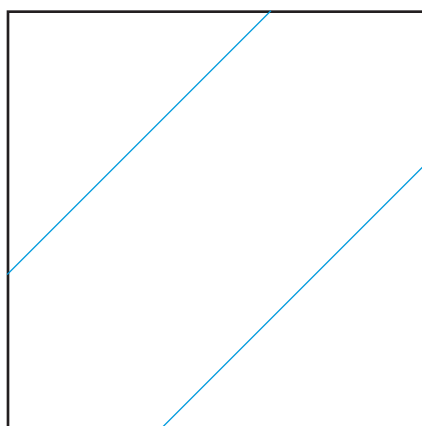
- A.** Mesures de lutte directoriales à l'intention du personnel administratif et de tous les ASC
 - 1.** Mettre en place un comité de lutte contre la tuberculose.
 - 2.** Désigner une personne experte en matière de lutte contre la tuberculose pour diriger le comité sur le site communautaire.
 - 3.** Effectuer une évaluation du risque pour cerner le risque de transmission de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH sur le site.
 - 4.** Elaborer un plan de mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose basé sur les constats de l'évaluation des risques. Impliquer la direction et le personnel du dispensaire dans l'élaboration du plan.
 - 5.** Assurer le suivi du plan de mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose.
 - 6.** Le chef de l'équipe de lutte contre la tuberculose supervise et fait régulièrement le suivi du plan de lutte. Le comité de pilotage de la lutte contre la tuberculose se réunit une fois par an pour évaluer le plan.
 - 7.** Prévoir l'implication de la société civile, des campagnes de promotion du changement de comportement et le renforcement des messages positifs à l'intention des agents de santé, des patients et des visiteurs.
 - 8.** Programmer pour l'ensemble du personnel une formation annuelle sur la tuberculose et la lutte contre celle-ci ainsi que sur le plan de mise en œuvre des mesures de prévention et contrôle de la tuberculose du dispensaire.
- B.** Mesures de lutte administratives à l'intention du personnel administratif et de tous les ASC
 - 1.** Offrir un mécanisme de référence rapide pour le dépistage des membres du ménage et de tous les proches.
 - 2.** Encourager les mesures d'hygiène adéquate de la toux.
 - a.** Parler avec les ménages et les personnes chez qui la tuberculose active a été détectée de l'importance de respecter les mesures d'hygiène quand ils toussent.
 - b.** Leur demander de se couvrir la bouche quand ils toussent ou éternuent et de se laver les mains.
 - c.** Leur fournir des mouchoirs ou des morceaux de tissu jetables et demander aux patients de se couvrir la bouche et le nez quand ils toussent ou éternuent.
 - 3.** Demander aux patients de la tuberculose multirésistante de porter un masque facial lorsqu'ils sont en contact avec des personnes à risque.
 - 4.** Encourager les bonnes pratiques d'hygiène de base.
 - a.** Demander au patient de ne pas se racler la gorge puis cracher par terre.
 - b.** Demander au patient de cracher dans un mouchoir jetable, un morceau de tissu, un récipient couvert ou les toilettes pour se débarrasser de ses crachats.
 - 5.** Si possible, encourager le patient de la tuberculose à dormir dans un endroit séparé des autres membres de la famille, en particulier durant les premières semaines du traitement tandis que la toux est présente.
 - 6.** Dépister les ASC pour la tuberculose. Périodiquement, effectuer un dépistage pour une toux qui dure plus de deux semaines, une perte de poids inexpliquée, des sueurs nocturnes et la fièvre.

- 7.** Dans les milieux à forte prévalence du VIH, proposer le dépistage du VIH à tous les ASC.
 - a.** Proposer le counseling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH.
 - b.** En cas de séropositivité, les référer pour évaluation et accès préférentiel au TAR et à l'IPT.
- 8.** Proposer aux ASC séropositifs d'autres lieux de travail à moindre risque. Dans la mesure du possible, ne pas affecter les ASC séropositifs dans des endroits à forte prévalence de tuberculose.
- C.** Mesures de lutte environnementales — les mesures de lutte environnementales associées à de bonnes pratiques de la part du patient permettent de réduire encore plus la transmission de la tuberculose
 - 1.** Encourager l'aération (naturelle ou mécanique) du cadre du ménage ou des cadres communautaires.
 - a.** Aération naturelle : laisser les portes et les fenêtres ouvertes dans toute la mesure du possible.
 - b.** Aération mécanique : utiliser éventuellement un ventilateur pour améliorer l'aération.
- D.** Mesures de lutte respiratoires à l'intention des ASC et des membres des ménages à haut risque ayant des personnes atteintes de la tuberculose multirésistante
 - 1.** Utiliser un appareil respiratoire lors des soins aux patients de la tuberculose multirésistante.

Source : Family Health International. Collaborative TB/HIV services: standard operating procedures for implementation of TB activities at HIV/AIDS service delivery sites. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 2009.



Polycopié 9. Modèle des carrés brisés





Polycopié 10. Plan de travail communautaire : fiche de programmation des objectifs et des activités

Placer un « x » dans la case qui représente la mesure dans laquelle vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.

But	Objectifs	Activités	Responsables	Indicateurs de succès	Date d'achèvement
Renforcer les mesures de lutte contre l'infection dans les ménages et les cadres communautaires					



Polycopié 11. Evaluation de la formation des formateurs

Cochez avec un « X » la case qui représente votre opinion par rapport aux affirmations suivantes.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le sujet a été bien couvert.					
Le contenu était adapté à ma formation et à mon expérience.					
Les polycopiés étaient pertinents.					
Les participants étaient encouragés à participer activement à l'atelier.					
L'atelier a répondu à mes attentes personnelles.					
Il y avait suffisamment de temps pour les activités.					
Les salles de réunion étaient appropriées pour les activités du groupe.					
Les déjeuners et les pauses-café étaient satisfaisants.					
L'organisation du cours était bonne.					

1. Sur quel thème ou sujet a-t-on passé trop ou pas assez de temps, d'après vous ?

2. Qu'est-ce que vous avez apprécié le plus de l'atelier ?

3. Qu'est-ce que vous avez aimé le moins de l'atelier ?

4. Qu'est-ce que vous suggéreriez pour améliorer l'atelier ?

5. Quelle est votre évaluation générale de l'atelier ? (Entourez d'un cercle votre réponse ci-dessous.)

Mauvais

Assez bon

Bon

Excellent



V. Références utiles

DePorter B, Reardon M, Singer-Nourie S. Quantum teaching. Boston: Allyn-Bacon; 1998.

ExpandNet. Worksheets for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization; 2010.

FHI 360. Collaborative TB/HIV services — Standard operating procedures for implementation of TB activities at HIV/AIDS delivery sites. Research Triangle Park, NC: FHI 360; 2009.

Hope A, Timmel S. Training for transformation: Book 2. Zimbabwe: Mambo Press; 1984.

International HIV/AIDS Alliance, Academy for Educational Development. Understanding and challenging HIV stigma: Toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2007.

Knowles M. The adult learner — A neglected species. Houston, TX: Gulf Publishing; 1990.

Republic of Kenya, Ministry of Public Health and Sanitation. Guidelines for tuberculosis infection prevention in Kenya. Nairobi, Kenya: Division of Leprosy, Tuberculosis and Lung Disease; 2009.

Republic of Zambia, Ministry of Health. National tuberculosis infection control guidelines for health care and congregate settings. Lusaka, Zambia: National TB and Leprosy Programme; 2010.

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA). Implementing the WHO policy on TB infection control. The Hague: TBCTA; 2010 [dernière consultation en ligne : 24 octobre 2011]. Accessible à l'adresse : http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/TBICImpFramework1305387835.pdf.

Vella J. Learning to listen; learning to teach. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.

World Health Organization. Networking for policy change: TB/HIV advocacy training manual. Washington, DC: World Health Organization, Constella Futures, STOP TB Partnership; 2007.

World Health Organization, ExpandNet. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: World Health Organization; 2011.

World Health Organization, ExpandNet. Practical guidance for scaling up health service innovations. Geneva: World Health Organization; 2009 [dernière consultation en ligne : 24 octobre 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.expandnet.net/>.



FHI 360
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Téléphone : 1.919.544.7040
Télécopie: 1.919.544.7261
www.fhi360.org

