

Utilisation d'une ressource culturelle négligée dans les programmes de développement : les réseaux des grand-mères et la communication participative

Judi Aubel, PhD, MPH

Ce papier a été présenté à la
Conférence Mondiale sur la Communication pour le Développement
Rome : 25-27 Octobre, 2006

(Accepté pour publication, en janvier 2007 :
Communication pour le Développement et le Changement Social)

Sommaire

Dans pratiquement tous les contextes socioculturels en Afrique, en Asie, et en Amérique Latine, les femmes âgées et expérimentées, ou *grand-mères*, font partie du système familial et communautaire dans lesquels évoluent les femmes et les enfants. D'une culture à l'autre et sur tous les sujets liés à la santé et au développement des femmes et des enfants, les grand-mères sont supposées intervenir pour enseigner, guider et soutenir ces jeunes membres de la société. Andreas Fuglesang, un expert suédois de la communication, (1982) en discutant du rôle critique des aînés dans les sociétés traditionnelles, définit les grand-mères comme " l'unité de stockage et de traitement de l'information " d'une société (p.47). Les aînés sont chargés de stocker et de retrouver les ressources informationnelles nécessaires à la survie de la société. Pour toutes ces raisons, Fuglesang fait référence aux grand-mères pour parler *d'institution de formation* dans la communauté. Il est donc avéré que les grand-mères constituent des conseillères influentes en matière de santé et nutrition maternelle et infantile. Malgré cette omniprésence et la remarquable expérience de ces aînées, les politiques, les programmes et stratégies de communication et d'éducation dans ces secteurs, ont rarement pris sérieusement en compte leur rôle et influence.

Afin de tirer profit de cette ressource culturelle largement sous utilisée, *le Projet Grand-mères*, une ONG américaine, a développé une méthodologie

pour impliquer les grand-mères et renforcer leur rôle en tant que conseillères en santé maternelle et infantile (SMI), dans les familles et les communautés. Cette méthodologie « *d'inclusion des grands-mères* » fonctionne grâce à l'implication des réseaux de grand-mères leaders et l'utilisation des méthodes participatives de communication, comme le dialogue pour faire admettre l'importance du rôle des grand-mères et pour amener celles-ci à oser combiner connaissances "traditionnelles" et connaissances "modernes," afin de renforcer leur contribution à la promotion du bien-être des femmes et à celui des enfants. Des observations faites au Laos, au Sénégal et au Mali avec l'utilisation de cette méthodologie ont démontré que l'inclusion des grands-mères dans des programmes de SMI renforce la pertinence culturelle de ces programmes. Par la suite, celle-ci entraîne un plus grand soutien de la part de la communauté et contribue à une plus grande efficacité des programmes.

Introduction

Beaucoup de programmes de développement ont eu un impact limité sur les communautés qu'ils cherchaient à aider. Des experts en communication (Balit, 2005; Nair et White, 1994) ont soutenu qu'une attention insuffisante pour les valeurs culturelles et les systèmes de communication traditionnels a contribué à ces résultats décevants. De tels arguments ont contraint certains organismes de développement à réfléchir sur la façon dont leurs programmes peuvent prêter une plus grande attention à la dimension culturelle. Par exemple, le FNUAP affirme que les " paradigmes de développement ont prêté une attention limitée aux variables et aux approches culturelles " (200a, p.2). Depuis 2002, cette organisation promeut activement une "*programmation culturellement sensible*" dans les programmes de santé de la reproduction qu'elle appuie de par le monde, une approche qui implique de " travailler à partir et à l'intérieur de systèmes culturels complexes " (2004b, p.2). De même, en 1992, dans une conférence de la Banque Mondiale sur la culture et le développement, Seragaldin (1992) a plaidé pour que " le placement d'un '*identifiant culturel*' au centre du paradigme de développement " (p.19).

De nombreux avantages peuvent être tirés des programmes de développement fondés sur des valeurs et des structures culturelles existantes. Les programmes implantés sur des bases culturelles sont plus appropriés aux communautés, et ceci tend à augmenter aussi bien leur sentiment d'appartenance que leur participation à de tels programmes. En outre, les programmes culturellement appropriés augmentent la confiance de

la communauté en ses propres ressources et en ses propres capacités à progresser et à se développer. Les programmes qui bâtissent sur des systèmes culturels existants sont certainement ceux qui sont les plus susceptibles d'influencer les normes de la communauté, et donc d'avoir un impact plus grand et plus soutenu sur les connaissances, sur les stratégies de survie et le bien-être des familles et communautés.

Au cours des cinquante dernières années, des programmes d'aide au développement ont été lancés sur une grande échelle. Cependant, la plupart des programmes communautaires, dans différents secteurs, ont prêté peu d'attention et d'importance aux réalités et ressources culturelles locales. Néanmoins, il y a eu quelques efforts pour stimuler la discussion sur cette question. Par exemple, à la conférence internationale organisée par UNESCO en 2001 sur "la culture et le développement", une conclusion centrale de cette rencontre était que : " il y a un urgent besoin de repenser le rôle de la culture " dans les programmes de développement. Le rapport issu de cette conférence souligne le principe selon lequel les programmes de développement devraient fonctionner " par l'intermédiaire des cultures humaines " (2001, p.1).

Spécifiquement, dans le domaine de la santé au niveau international, dans les années 80, il y avait une certaine discussion de la nécessité d'accorder plus d'attention aux paramètres culturels dans la programmation. Divers experts internationaux en matière de santé publique (Mosley, 1984; Nations, 1985; Peltó, 1987) ont défendu la nécessité de développer des programmes basés sur des réalités culturelles. Jusqu'ici cependant, il s'avère que relativement peu d'attention est accordée à " la pertinence culturelle des stratégies de programmes", aussi bien au cours des forums internationaux sur la santé que dans les agences internationales.

Une attention limitée aux paramètres culturels

Plusieurs préjugés et valeurs clés sont identifiés comme des éléments qui caractérisent la majorité des programmes de santé et développement. Ceux-ci pourraient expliquer l'attention limitée accordée aux paramètres culturels. Premièrement, dans ces programmes la priorité est invariablement accordée aux priorités techniques et aux objectifs visant les changements dans les « pratiques prioritaires » liées à la nutrition, à la santé, au développement de l'enfant en bas âge etc. En second lieu, la culture est très souvent considérée comme un phénomène statique et immuable. Dans cette optique, elle est constamment vue comme " obstacle " ou " barrière " qu'il faut

surmonter et rarement comme une ressource à exploiter systématiquement pour le compte du programme. Troisièmement, même dans les organismes de développement où la culture est prise en compte dans des stratégies de programmation, la vue prédominante de la culture est réductrice. Elle se concentre uniquement sur " les connaissances, attitudes et pratiques " (CAP), qui relèvent des traditions culturelles de la communauté ou de la société. Cette vue superficielle de la culture ignore d'une manière flagrante d'autres dimensions significatives, parmi lesquelles les structures sociales qui sont des facettes primordiales de la culture. La combinaison de ces différentes attitudes et préjugés contribue clairement au fait que les planificateurs de programme de développement accordent une attention limitée aux réalités culturelles.

Ces mêmes préjugés qui tendent à limiter l'attention accordée aux réalités et aux ressources culturelles sous-tendent les stratégies de communication qui soutiennent des programmes de santé et de nutrition de la communauté. Il faut ajouter en plus le fait que l'efficacité limitée de beaucoup de stratégies de communication en SMI peut être rattachée, en grande partie, au manque *de sensibilité culturelle*. Cette critique est fondée sur deux observations principales. L'une est liée à l'approche employée pour présenter les priorités des programmes de développement dans les communautés. L'autre est liée au choix des acteurs de la communauté avec lesquels les programmes interagissent.

Dans la plupart des programmes de communication, l'approche adoptée vise à « convaincre » les membres de la communauté à « accepter » certaines pratiques relatives à la santé (Figuerola et al, 2002). L'approche employée pour disséminer les pratiques prescrites est fondamentalement unidirectionnelle, elle évolue du haut vers le bas et tente de " convaincre " ou " persuader " les gens de renoncer à des pratiques " négatives " et d'en adopter des " positives. " Une deuxième caractéristique de telles stratégies est qu'elles se concentrent invariablement sur des *problèmes* de la communauté, des *pratiques inadéquates* et des *déficits*, plutôt que sur *les ressources*, *les pratiques bénéfiques* et les actifs salutaires de la communauté. Une autre caractéristique importante du modèle de communication prédominant est qu'il se concentre sur le changement individuel de comportement (ibid.). Ce modèle est basé sur l'idée que les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) devraient être changées au niveau des individus. Ces stratégies de communication ainsi que les programmes de SMI visent invariablement à favoriser le changement individuel de comportement. Ceci est fondé sur l'hypothèse formulée dans les

contextes occidentaux que les individus peuvent changer, de façon indépendante, leurs attitudes et pratiques. Dans des cultures de forme collectiviste les normes de groupe ont une forte influence sur les pratiques de l'individu et donc la pertinence culturelle de ce modèle prédominant devrait être remise en question. La plupart des stratégies de communication en santé, dans les pays en voie de développement sont basées sur cette approche dont l'appellation a évolué de : Education, Information et Communication (IEC) à Communication pour un Changement de Comportement (CCC), alors que le paradigme conceptuel sous-jacent est demeuré le même. Dans une perspective communautaire, ce paradigme pourrait être considéré comme *culturellement peu sensible* en tant qu'il propose des solutions prédéfinies, insensible aux attitudes et stratégies *culturellement enracinées*, plutôt que de favoriser explicitement l'intégration des idées " traditionnelles » : et « modernes ».

Une deuxième caractéristique qui reflète *l'insensibilité culturelle* de la plupart des stratégies de communication en SMI, est le fait qu'elles se concentrent presque exclusivement sur des femmes en âge de reproduction et leurs enfants en bas âge. Cette approche réductrice exclut d'autres membres clés de la famille et de la communauté qui jouent des rôles, culturellement assignés, liés à la SMI au niveau du ménage (Santow, 1995). Du point de vue culturel, il est étonnant que très peu de programmes visant à améliorer le bien-être des enfants, des femmes et des familles, accordent une attention significative au rôle et à l'expérience des femmes plus âgées et plus expérimentées, ou grand-mères. Dans les cultures où les aînées jouent un rôle actif dans des activités relatives à la santé du ménage, les programmes de SMI qui ne font pas participer explicitement ces femmes peuvent être considérés comme culturellement peu sensibles.

Invisibilité des grand-mères dans les programmes de développement

Dans pratiquement tous les environnements socio culturels en Afrique, en Asie, en Amérique Latine et dans le Pacifique, les grand-mères font partie des systèmes familiaux et communautaires dans lesquels les femmes et les enfants évoluent. Et d'une culture à l'autre, il est attendu que les grand-mères enseignent, guident et soutiennent les jeunes femmes et les enfants. Plusieurs sociologues ont documenté le rôle à facettes multiples des Grand-mères dans la promotion du bien-être de la famille, y compris la santé, en Afrique (Kayongo-Male et Onyango, *ibid.*), en Asie (Gryboski, 1996; Wiley, 2002), en Amérique latine (Finerman, 1989, McKee, 1987) et dans le

Pacifique, aussi bien que parmi les indiens indigènes d'Amérique du nord (Schweitzer, 1999). Une récente revue de la littérature sur le rôle des grand-mères met en évidence leur implication et leur influence dans au moins 68 cultures non occidentales (Aubel, 2005).

Pourtant, malgré la présence éminente de ces conseillères expérimentées et influentes en matière de SMI, dans très peu de cas, les politiques et programmes de SMI dans les sociétés non occidentales ont sérieusement pris en considération leur rôle et leur influence. Comment expliquer le fait que dans de nombreuses cultures où les grand-mères jouent un rôle central comme conseillères et surveillantes des jeunes femmes et enfants, elles sont pratiquement invisibles dans les politiques et programmes de SMI ?

Deux ensembles de facteurs semblent contribuer à cette contradiction. D'abord, les politiques de SMI et les programmes ont été généralement basés sur une approche réductrice, avec une focalisation étroite sur les femmes en âge de procréer. Dans cette approche, une attention limitée est accordée à la famille plus large, ou ménage, (Kleinman, *ibid.*; Berman et al, 1994) dans lesquels les grand-mères sont comprises. En second lieu, il y a toute une série de pensées et de fixations négatives très répandues concernant les femmes âgées, dont le rôle est jugé négatif en SMI.

La focalisation des programmes de SMI sur les femmes et leurs enfants simplifie les paramètres avec lesquels les planificateurs de programmes sont confrontés. Mais en même temps cette focalisation réductrice, donne une image superficielle de la complexité de la dynamique de la SMI au niveau du ménage. La plupart des programmes de SMI ne sont pas basés sur une bonne compréhension du contexte du ménage et des processus de dynamiques internes au sein du ménage. Pourtant, le contexte et les processus sont liés à la promotion de la santé et à la gestion de la maladie (Buvinic et al ; 1987; Mosley, *ibid.*) et le plus souvent les grand-mères y sont intimement impliquées.

Un deuxième facteur qui milite contre la participation des grand-mères dans des programmes de SMI est une série de biais négatifs dirigés contre elles par le personnel de santé et les donateurs internationaux (Aubel, 2005). D'abord, il y a contestation que les femmes âgées influencent les pratiques en matière de SMI des jeunes femmes et des familles. En second lieu, il y a une croyance très répandue qui veut que l'influence exercée par les femmes plus âgées sur la SMI soit généralement négative. Les femmes plus âgées, souvent sont impliquées dans l'utilisation des remèdes traditionnels,

fatalement considérés comme nocifs. Troisièmement, il existe une croyance commune que des femmes plus âgées ne sont ni capables d'apprendre de nouvelles choses ni, de changer leurs façons de faire. La combinaison de ces divers stéréotypes projette une empreinte négative sur l'expérience des grand-mères et sur leur potentiel à favoriser des pratiques "modernes " en matière de SMI.

Évidence du rôle des grand-mères

En sciences sociales, il y a un débat concernant trois aspects des cultures non occidentales qui offrent des perspectives de compréhension du rôle et de l'influence des aînés en général, et en particulier des grand-mères, en matière de promotion de la santé et du bien-être des femmes et des enfants. Ces aspects sont : les *systèmes familiaux*, les *systèmes culturels* et le *rôle des aînés dans les systèmes familiaux et communautaires*. Il est surprenant qu'on se réfère rarement à ces trois concepts dans la littérature en santé publique internationale et dans celle sur la communication. Chacun de ces trois concepts suggère la nécessité de considérer une approche plus holistique des systèmes familiaux et communautaires, dans lesquels les femmes et les enfants évoluent et de tous les acteurs dans ces systèmes, y compris les grand-mères.

Systemes culturels

Les anthropologues se réfèrent à " l'influence dominante des systèmes culturels de signification ", dans la vie des individus et des sociétés (Dressler et Oths, 1997) et au fait que " les influences culturelles imprègnent toutes les pensées et tous les comportements humains " (p.361).

Par contre, les experts en matière de SMI et les programmes accordent habituellement une attention limitée aux systèmes culturels dans lesquels des interventions de programme sont introduits. Lorsque les facteurs culturels sont discutés, il y a souvent une tendance à restreindre de tels facteurs uniquement aux croyances et pratiques ~~uniquement~~ (Hill et al ; 2004; OMS & UNICEF, 2003). Cette orientation minimise l'impact des systèmes culturels sur les pratiques et stratégies de SMI des individus et des familles. Le travail du psychologue social, Pepitone (1981), défend la nécessité d'une plus large compréhension des systèmes culturels dominants. Il décrit deux dimensions inter reliées dans tous les systèmes culturels. D'une part, il y a les structures sociales et les organismes dans lesquels des individus sont inclus, reliés à la famille, à l'affinité, aux rôles, à la hiérarchie,

et aux réseaux de communication. Par exemple, toutes les cultures définissent les rôles et les responsabilités des différents membres de la famille, tels qu'exigés pour la survie de la société. Elles définissent de même les systèmes de communication intra familiaux qui assurent la transmission des connaissances culturelles nécessaires d'une génération à la suivante. D'autre part, il y a des systèmes normatifs qui comprennent les valeurs et les croyances qui affectent les pratiques, ou les comportements. Dans la plupart des programmes de SMI, beaucoup plus d'attention est donnée aux valeurs culturelles qui affectent les attitudes ou les pratiques (correspondant à la seconde catégorie de Pepitone) plutôt qu'aux dimensions structurales et organisationnelles des familles et des communautés. Cette orientation explique, en partie, le fait que le rôle des grand-mères dans des systèmes familiaux ait été largement ignoré.

Systemes familiaux

Il y a un rapport intime entre les systèmes culturels et les systèmes familiaux, étant donné que les familles sont immergées dans les systèmes culturels. Etant donné l'importance de la famille dans toutes les cultures en ce qui concerne la protection de la santé et le développement des femmes et des enfants, il est étonnant que dans la littérature sur la SMI, les *théories sur les systèmes familiaux* sont très rarement mentionnées. Ces théories ont été développées dans plusieurs domaines dans lesquels une approche systémique a été adoptée, plutôt qu'une vue restreinte à l'individu en situation familiale. Il en est ainsi dans les domaines de l'anthropologie (Bateson, 1994), du travail social (Turk et Kerns, 1985; Hartman et Laird, 1983), en nursing (Anderson, 2000) et en thérapie familiale (Papero, 1990). Etant donné l'influence de la famille en SMI, en particulier dans les sociétés non occidentales, on peut s'étonner que dans les forums internationaux et les publications, seule une attention superficielle a été accordée à l'organisation familiale, à la dynamique et aux mécanismes de prise de décision au sein de la famille (Berman et autres, *ibid.*; Mosley, *ibid.*).

Plusieurs traits particuliers aux systèmes familiaux sont liés au rôle critique joué par les grand-mères en SMI. D'une part, toutes les parties d'un système familial sont reliées ensemble et pour comprendre un élément du système, vous devez considérer le système en entier. D'autre part, tous les systèmes familiaux se composent de sous-ensembles tels que la dyade mère - enfant, la dyade mari - épouse, etc. Par ailleurs, dans tous les systèmes familiaux il existe des règles qui définissent les comportements acceptables et ceux qui sont inacceptables. Hartman et Laird (*ibid.*) précisent une autre

propriété des systèmes familiaux, qui est directement liée à la fonction consultative des femmes âgées. Les auteurs arguent que pour fonctionner efficacement tout système familial exige l'existence d'un *décideur* (ou *conseiller*) qui, avant tout, " exerce un contrôle " par dessus les autres composants, et acteurs du système. Ces auteurs défendent l'idée qu'il faut que ce décideur " prenne les décisions " en rapport avec un but et conformément à une hiérarchie des valeurs. Les auteurs maintiennent que le rôle du décideur (conseiller), est essentiel pour garantir l'ordre interne et l'homéostasie dans n'importe quel système familial. Logiquement, le rôle de *décideur* est assigné à (aux) personne(s) ayant le plus d'expérience. Dans le cadre de la SMI, ce sont généralement les femmes les plus âgées dans la famille, qui sont plus expérimentées que les autres membres de la famille. Les théories des systèmes familiaux suggèrent clairement l'inadéquation d'une focalisation trop réductrice sur la dyade mère - enfant, ou la triade mère - enfant - mari (ibid.). Elle soutient le besoin d'une perspective systémique de l'environnement social qui prend en considération tous les acteurs du ménage impliqués dans la SMI, aussi bien que les interactions entre eux dans la prise de décision. Malheureusement, les programmes de SMI généralement n'ont pas adopté une perspective systémique et ils continuent à se concentrer sur la dyade, dans la plupart des cas, et de temps en temps sur la triade, décrite ci-dessus.

D'autres facettes des systèmes familiaux qui contribuent au maintien de l'équilibre dans un ménage, sont également liées aux attentes envers les grand-mères. C'est ainsi qu'il y a des connaissances et des rôles de différents acteurs dans le ménage qui sont déterminés par le sexe de l'individu. Il existe aussi des modèles de prise de décision préétablis. Dans la plupart des sociétés non occidentales, les systèmes familiaux ont une très forte hiérarchisation basée sur le statut, le genre et l'âge. Le sociologue nigérian, Makinwa-Adebusoye (2001) argue du fait que dans les ménages africains patriarcaux et hiérarchiques, le type de structure familiale la plus commune en Afrique, " la plupart des femmes ne peuvent exercer beaucoup de contrôle, pour ne pas dire un quelconque contrôle, sur leur propre vie " (p.12). Les hommes et les femmes d'âge mûr prennent de nombreuses décisions qui dictent ce que les jeunes femmes peuvent ou ne peuvent pas faire. Les propos de cet auteur montrent qu'il existe une discordance culturelle entre la structure et les rôles dans les ménages et l'orientation de la plupart des programmes de SMI, qui se concentrent sur de plus jeunes femmes et qui supposent qu'elles sont des décideurs autonomes. Les programmes de SMI doivent être basés sur une compréhension claire des

modèles d'autorité et de prise de décision dans des systèmes familiaux, concernant les rôles des femmes et l'assistance et le bien-être de l'enfant.

Rôle des aînés dans les systèmes familiaux et communautaires

Un autre aspect critique est déterminé par les spécificités culturelles de la famille et des systèmes communautaires, dans pratiquement toutes les sociétés non occidentales, en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans le Pacifique. C'est le rôle attribué aux aînés comme professeurs et conseillers pour les jeunes générations. Dans la littérature de développement en général et en particulier celle relative à la SMI, ce rôle des aînés est presque totalement ignoré.

Il existe un certain débat sur le rôle des aînés dans les sociétés non occidentales dans la littérature en science sociale. L'anthropologue, Margaret Mead (1970), a été l'une des premières à établir le rôle critique joué par des grand-parents dans la transmission, d'une génération à la suivante, du "modèle" selon lequel, la vie de famille devrait être organisée. Ce modèle inclut comment les enfants devraient être entretenus et éduqués pour survivre dans chaque société. Le rôle crucial des aînés dans des sociétés plus traditionnelles a été souligné par le communicateur Fuglesang (1982), qui a assimilé leur rôle à la fonction du disque dur d'un ordinateur. Basé sur cette analogie il a soutenu que les aînés devraient être impliqués pleinement dans les efforts en vue de favoriser les changements dans des systèmes communautaires. La sociologue Treas (1993), discute également de la portée des avis et des conseils des aînés sur les autres membres de la communauté. Elle soutient que des " programmes de développement n'ont pas toujours pris en compte les vues des aînés, ce qui fait que ces programmes ont probablement eu moins de chance d'être soutenus par eux " (p.11).

La spécificité des rôles liés au genre dans les sociétés non occidentales s'applique autant aux aînés qu'aux plus jeunes membres de la société. Dans pratiquement toutes ces sociétés, les grand-mères et les grand-pères jouent des rôles tout à fait distincts, mais complémentaires dans les systèmes familiaux et communautaires. Et, comme mentionné ci-dessus, ce sont généralement les aînées, ou grand-mères expérimentées qui ont la responsabilité primaire de conseiller et de traiter des questions de SMI au niveau du ménage. Les hommes plus âgés, ou les grand-pères, sont typiquement impliqués dans les questions de Santé Maternelle et Infantile quand il y a des problèmes sérieux et/ou des besoins spéciaux à combler.

Les trois concepts, discutés ci-dessus : les *systèmes culturels*, les *systèmes familiaux* et le *rôle des aînés dans ces systèmes* servent de fondement aux recommandations ci-dessous, faites aux planificateurs de programme de SMI, spécifiquement ceux qui sont chargés de développer des stratégies de communication en matière de la santé et nutrition. D'abord, il y a un besoin de comprendre mieux le rôle et l'expérience des grand-mères dans des contextes culturels spécifiques comme préalable au développement de stratégie. Afin de faire cela, des outils méthodologiques nouveaux sont nécessaires, étant donné que la plupart des outils de collecte de données d'évaluations, utilisés dans des sessions antérieures d'évaluation se concentrent sur les " mères d'enfants en bas âge " et ont tendance à masquer le rôle des grand-mères. Ensuite, on devrait développer des approches de programmation qui regardent et considèrent les grand-mères comme des partenaires et des personnes ressources plutôt que comme des obstacles.

Propriétés communes au rôle de la grand-mère par delà les cultures

La revue de la littérature en 2005, mentionnée ci-dessus, sur le rôle des grand-mères dans les cultures non occidentales montre une grande variabilité dans leurs pratiques culturelles liées à différentes facettes de la SMI et de l'éducation dans la prime enfance (Aubel, 2005). De même, l'analyse de la littérature sur environ 68 différents environnements culturels, a permis d'identifier une série de treize caractéristiques communes aux rôles et aux expériences des grand-mères par delà les cultures. Ces treize paramètres sont liés à la responsabilité des grand-mères dans la transmission des valeurs, connaissances et aptitudes aux plus jeunes générations. Tous ont une incidence sur la programmation de la SMI et pour le développement des stratégies de communication pour de tels programmes.

- . Les grand-mères sont impliquées dans des aspects multiples de la vie des enfants, des femmes et des familles au niveau du ménage.
- . Le rôle des grand-mères lié au développement et au bien-être des enfants et des femmes est spécifique au genre.
- . Les grand-mères sont responsables de la transmission de valeurs culturelles
- . Les grand-mères sont confiantes de leur propre expertise en matière de prise en charge des enfants, laquelle a été acquise au cours de toute une vie.

- . Les grand-mères sont directement impliquées dans les soins qu'elles dispensent aux enfants et indirectement, par les conseils qu'elles donnent aux femmes et aux autres membres de la famille.
- . Les grand-mères sont les conseillères primaires en matière de santé pour le ménage.
- . Les grand-mères conseillent et influencent les décisions prises par les chefs de famille (les hommes), pour ce qui concerne le bien-être des femmes et des enfants.
- . Certaines des pratiques des grand-mères sont salutaires pour le développement des femmes et des enfants tandis que d'autres ne le sont pas.
- . Les grand-mères ont un très fort engagement à favoriser l'évolution et le développement de leurs petits-enfants.
- . Comparées aux jeunes femmes, les grand-mères ont généralement plus de patience et de temps à passer avec les enfants en bas âge.
- . Les connaissances des grand-mères proviennent principalement de leurs mères et belles-mères mais également de leurs paires.
- . La plupart des grand-mères ont un sens collectif de responsabilité des enfants et des femmes dans la communauté.
- . Beaucoup de grand-mères estiment que leur statut de conseillères pour le développement de l'enfant et la famille s'amenuise.

Il y a certainement un besoin d'analyser et de documenter plus à fond, le rôle des grand-mères dans différents contextes culturels, géographiques et socio-économiques. Cependant, les données déjà existantes soutiennent la conclusion selon laquelle, les grand-mères sont des acteurs centraux dans la SMI dans de nombreux contextes socio culturels et qu'elles constituent des personnes ressources potentielles pour des programmes de SMI dans ces conditions.

Méthodologie de promotion de la SMI, à partir du rôle des Grand-mères

Beaucoup de praticiens du développement conviennent que les grand-mères jouent un rôle actif et ont une grande influence sur les femmes et leurs enfants en bas âge. Toutefois, beaucoup parmi eux pensent également que les grand-mères sont résistantes au changement et incapables de modifier leurs attitudes et leurs pratiques. Le défi que j'ai entrepris de relever en collaboration avec des ONG partenaires, d'abord au Laos et plus tard au Sénégal et au Mali, était de développer une méthodologie pertinente au plan culturel, participative et en même temps efficace pour encourager les grand-

mères à intégrer des pratiques "modernes" avec leurs pratiques existantes. L'objectif était de développer une méthodologie générique qui pourrait être employée pour traiter différentes questions ou problèmes de santé et développement des femmes et des enfants.

L'approche systémique pour la capacitation

Le développement de la méthodologie pour la promotion de la SMI au niveau de la communauté a été influencé par plusieurs concepts et cadres conceptuels. Le concept principal qui sert de socle à la méthodologie est la *capacitation de la communauté*, un ingrédient essentiel pour le développement durable¹ (Chaskin & al, 2001). Étroitement liés à ce concept central sont plusieurs autres principes clés. Une *approche par les actifs* (Kretzmann & MacKnight, 1993) a été adoptée, en opposition avec *l'approche par les déficits*, plus souvent utilisée. Par cette approche, le but est de reconnaître et de renforcer les ressources existantes de la communauté, spécialement, mais pas exclusivement, les grand-mères. Également l'approche accorde la priorité à travailler avec les réseaux sociaux de grand-mères, afin de renforcer ces structures tout en renforçant les connaissances, les capacités et la confiance des grand-mères leaders à l'intérieur de tels réseaux (Israël & Rounds, 1987). Une *approche transculturelle* de la promotion de santé a été adoptée, qui implique de provoquer un dialogue concernant des concepts sanitaires issus aussi bien de la culture autochtone ou populaire, que de la culture biomédicale ou "moderne" de santé (Aubel, 1995). L'approche globale est fondée sur une *approche écologique de la promotion de la santé* (Green & al., 1996) qui justifie que les programmes impliquent de multiples groupes de la communauté, incluant des grand-mères, des jeunes femmes, des hommes et des leaders de la communauté, etc. dans les programmes communautaires. Enfin, la méthodologie a été inspirée par une *approche de gouvernance par la communauté*² (Wallerstein & Bernstein, 1994) dans laquelle, les membres de la Communauté et le personnel sanitaire sont impliqués dans un processus participatif de dialogue et de négociation en tant que moyens d'augmenter l'engagement et la capacité de la communauté à résoudre collectivement des problèmes.

La méthodologie d'inclusion des grand-mères

L'expérimentation au niveau communautaire et dans plusieurs pays, l'évaluation et l'apprentissage par l'action ou *praxis* (Freire, 1970), ont

¹ *sustainable development*

² *community empowerment approach*

conduit progressivement à l'élaboration de la méthodologie dite d'*inclusion des grand-mères* (Aubel, 2005). La méthodologie comprend cinq étapes clés : 1) l'évaluation rapide du rôle et de l'influence des grand-mères dans les ménages et la communauté en rapport avec la question d'intérêt, par le biais de discussions avec différents membres de la famille et de la communauté ; 2) la reconnaissance publique du rôle des grand-mères dans la promotion de la santé et le développement des femmes, des enfants et de leurs familles ; 3) la conduite d'activités participatives de communication/éducation qui engagent les membres des réseaux de grand-mères, et des membres d'autres groupes de la communauté, dans une discussion sur les pratiques " traditionnelles " et " modernes ", et les possibilités de les combiner ; 4) Le renforcement des capacités des grand-mères leaders à promouvoir les pratiques améliorées auprès des autres grand-mères, dans les familles et dans la communauté ; et 5) Le suivi continu du processus d'exécution des activités communautaires et la documentation pour apprentissage.

Concepts clés et méthodes

Dans cette méthodologie à cinq étapes, des activités de communication et d'apprentissage de plusieurs types sont effectuées, en particulier à l'étape trois. L'approche utilisée dans ces activités diffère considérablement de l'approche prédominante utilisée dans la plupart des stratégies de communication en santé qui sont basées sur des pédagogies behavioristes et de transmission de message. Ici, l'approche est issue de concepts et de méthodes de *l'enseignement des adultes*, de la *communication participative de développement* et de la *pédagogie féministe*. Des concepts et méthodes provenant de chacun de ces champs et qui sont essentiels pour comprendre la méthodologie de base de l'inclusion des grand-mères sont récapitulés ci-dessous.

Toutes les activités de communication et d'apprentissage utilisées dans la méthodologie de base sont issues des théories transformationnelles, ou constructivistes de l'apprentissage de l'adulte, soutenues par le travail de Freire (1970), Kolb (1984) et Mezirow, 1991). Il est attendu des membres de la communauté qu'ils procèdent à une analyse critique de leur propre expérience, avec des idées alternatives, et de " construire " leurs propres stratégies pour traiter des problèmes quotidiens, liés à la SMI. En particulier aux étapes trois et quatre, ceci est fait par l'utilisation d'*histoire sans fin*, une méthodologie inspirée par le travail de Freire's sur la *pédagogie dialogique* et de l'utilisation de "codes" qui suscitent la discussion en groupe. Les " apprenants " ne sont pas sensés intégrer des connaissances prédéfinies, ou

des messages, comme c'est souvent le cas dans des activités de communication en santé. Plutôt, la focalisation est sur le dialogue collectif et la réflexion critique concernant des expériences antérieures confrontées à des informations nouvelles.

La méthodologie d'inclusion des grand-mères a été également alimentée par des concepts clés issus de la littérature sur la communication participative de développement. Cette forme de communication met en relief l'importance des *rappports horizontaux de communication* qui promeuvent le partage bidirectionnel des connaissances et du pouvoir (Diaz-Bordenave, 1994; Bessette & Rajasunderam, 1996); un mutuel *respect*, le *dialogue* et la *réciprocité* dans les rapports (Thomas, 1994); une communication dialogique (Servaes & al.1996.); et " *l'élévation de la conscience par la réflexion critique*" (White & al. 1994, p.48). Un autre concept clé est celui de *communicateur catalyseur* dont la responsabilité est de " catalyser la pensée, la motivation, l'interaction, l'action, la réaction et la réflexion " (White, 1999, p.38) des membres de la communauté. Tous ces concepts sont incorporés dans l'approche employée dans la méthodologie de base, d'abord pour établir le lien et la communication avec des groupes de grand-mères, ensuite pour lancer le dialogue et la résolution collective des problèmes par elles et, troisièmement, pour donner aux grands-mères leaders, l'autorité nécessaire pour continuer à maintenir le dialogue dans la communauté sur des questions prioritaires de SMI.

Également importante pour le développement des activités participatives de communication avec les réseaux des grand-mères, est la contribution de la pédagogie féministe (Belenky et al. 1986; Riaño, 1994). Les éléments clés tirés de ce domaine pour être intégrés dans la méthodologie sont : reconnaître et valider le rôle, la connaissance et l'expérience des Grand-mères; remettre en cause les stéréotypes sexistes et d'âge au sujet des grand-mères; et renforcer la confiance des grand-mères dans leur propre rôle, dans la famille et la communauté. Ce dernier point en outre est abordé par la perspective du genre de Riaño sur la participation des femmes à la communication et à l'apprentissage au niveau de la communauté. Riaño maintient que dans les sociétés traditionnelles en Asie, en Afrique et en Amérique latine, les femmes âgées jouent un rôle essentiel comme "communicateurs informels" sur des thèmes liés à leur rôle et leur expertise et que les efforts pour augmenter leur accès aux outils de l'information et de la communication peuvent renforcer leurs compétences et leur statut, pour en faire des communicateurs plus actifs et plus formels dans leurs communautés. Riaño souligne également la fonction critique de

communication jouée par les groupes des femmes qui constituent " des réseaux informels d'échange et de stratégies collectives de survie " (ibid., p.39). Cette perspective est partagée par Balit (l'ibid.) qui insiste sur l'importance d'utiliser les réseaux de transmission sociaux traditionnels des femmes au sein des communautés pour favoriser le dialogue et l'apprentissage (p. 6).

Ces plusieurs concepts ont directement influencé la décision de travailler avec des réseaux de grands-mères et leurs leaders, afin d'améliorer leur capacité collective de communication.

Méthodes de communication culturellement adaptées

Les activités de communication et les matériaux développés pour leur usage dans la méthodologie ont été choisis à la lumière des cadres conceptuels de la capacitation communautaire et de *gouvernance par la communauté*. À cet égard, le choix des outils de communication a été basé sur les critères suivants : ils doivent être culturellement adaptés; ils doivent stimuler l'interaction et l'apprentissage de groupe; leur reproduction / dissémination doit être peu coûteuse; et ils doivent être utilisables par les grands-mères elles-mêmes et les autres membres de la communauté. Basé sur ces critères, les chansons, les histoires - sans - fin et les discussions de groupes ont été employées dans la méthodologie d'inclusion des grands-mères.

Les chansons peuvent jouer un rôle important dans le travail avec des groupes de grand-mères. Deux types de chansons ont été développés, chacun avec un but spécifique. Certaines chansons sont des éloges aux grand-mères pour reconnaître leur rôle et leur engagement dans les questions liées à l'enfant au sein du ménage. Ces chansons qui font l'éloge des grand-mères se sont avérées particulièrement importantes pour établir le contact avec elles et renforcer leur confiance en elles-mêmes, en leur capacité à participer et à apprendre. D'autres chansons charrient des informations clés sur la promotion de la SMI. Dans tous les cas les chansons contiennent l'information "traditionnelle" et l'information "moderne" sur la question de SMI traitée.

Le but spécifique des histoires est de stimuler une réflexion critique concernant diverses questions de SMI. Ailleurs, des histoires ont été employées dans des stratégies de communication en santé (Begbie 1985, Hilton 1981). Cependant, dans ces cas, l'objectif était habituellement d'*instruire* des personnes sur ce qu'elles devraient faire une fois confrontées

à certains problèmes relatifs à la santé. Ici, la structure et l'utilisation des histoires est tout à fait différente. Le développement du format d'histoire a été inspiré par le travail de Freire's sur des *codes d'exposé de problème*,³ le *modèle expérientiel d'apprentissage* de Kolb, et sur l'utilisation par Brookfield (1991) des *incidents critiques* afin de stimuler la réflexion et la résolution de problèmes. Dans chaque histoire, deux personnages présentent deux manières différentes d'approcher le même problème. Le premier personnage a plus de vues " traditionnelles " sur la question, alors que les idées du deuxième personnage incluent plus de notions " modernes ". La juxtaposition des conceptions contradictoires sert de catalyseur à la discussion. Chaque histoire est accompagnée d'un ensemble de questions qui sont basées sur le *cycle expérientiel*⁴ à 4 étapes de Kolb (ibid.). Un facilitateur emploie les questions pour guider et provoquer le groupe, pour l'amener à analyser les avis opposés, pour arriver à leurs propres conclusions. Dans chaque histoire le protagoniste est une grand-mère, reproduisant le rôle de leader qu'elle joue dans la vraie vie, pour des problèmes de SMI. Dans tous les cas, elles sont dépeintes comme des femmes compétentes et respectées, ce qui correspond à un concept important de la pédagogie féministe (Belenky et al. ibid.).

Ces histoires sont, en fait, une pièce maîtresse de la méthodologie d'inclusion des grand-mères. Elles sont prévues pour stimuler la discussion sur des problèmes quotidiens relatifs à la santé, sur le rôle des grand-mères et d'autres acteurs de famille, sur des concepts " traditionnels " et " modernes " de la SMI et pour encourager les membres de la Communauté à identifier des stratégies possibles pour surmonter de tels problèmes.

Usage de méthodes participatives de communication dans trois contextes différents

Les méthodes participatives de communication de la méthodologie inclusive des grand-mères ont été utilisées en diverses conditions, au Laos en 1996 avec l'OMS et l'UNICEF, en 2001 au Sénégal avec Christian Children's Fund (CCF) et en 2003-2004 au Mali avec Helen Keller International (HKI). Cette section du papier fournit une vue d'ensemble, d'abord de la réaction des grand-mères et des autres membres de la Communauté à ces méthodes. Et en second lieu, sont exposés des résultats des expériences des trois pays basés sur des données quantitatives et qualitatives collectées au niveau de chaque site.

³ *problem-posing codes*

⁴ *experiential learning cycle*

Dans chacune des trois contextes, des activités participatives de communication (chansons, histoires sans fin et discussions) ont été lancées dans des rassemblements de la communauté en présence des grand-mères, des représentants des structures masculines de la communauté et des volontaires de santé de la communauté. Des sessions semblables ont été organisées ultérieurement avec des groupes de femmes plus jeunes et des autres hommes. Dans chaque cas, des sessions mensuelles ou bimensuelles avec des groupes de grand-mères ont été organisées dans un endroit où elles se sentaient libres d'aller et de s'exprimer avec aisance. Au Laos c'était dans des pagodes bouddhistes. Au Sénégal et au Mali, sur des nattes, sous un arbre, loin du centre du village.

Dans chacun des trois sites, en Asie et en Afrique, la réaction de la part des grand-mères, des membres des familles et des autres membres de la Communauté qui ont participé aux activités d'apprentissage participative a été la même, très positive. Et partout, on a noté un effet inattendu des sessions de groupe. La présentation des histoires, traitant de diverses questions de santé maternelle et infantile, a servi de catalyser des discussions sur ces thèmes dans tous les segments de la communauté.

Quand les activités participatives de communication et d'éducation ont été lancées, dans chacun des trois contextes, une " période d'adaptation " a été nécessaire avant que les grand-mères ne se sentent entièrement à l'aise, pour participer à l'apprentissage de groupe. Au départ, certaines grand-mères étaient sceptiques quant à la possibilité pour elles d'assister aux sessions. Une grand-mère leader du Sénégal a indiqué plus tard : " d'abord nous avions peur. Nous n'avions jamais été invitées à assister à de telles sessions dans la communauté. Et nous nous sommes demandées si nous pourrions comprendre ce qui était dit et si nos idées seraient acceptées." Au début, beaucoup de grand-mères ont écouté et ont observé les activités de groupe, mais ne se sont pas exprimées.

Graduellement, dans tous les sites d'étude, leur aise et leur confiance ont augmenté quand elles ont entendu les chansons les glorifiant pour leur rôle dans la santé de la famille, écouté les histoires au sujet de leurs propres vies et quand elles ont été invitées à partager leurs expériences et quand elles ont constaté que leurs idées étaient respectées. Vers la fin de la première ou de la deuxième session, dans chacun des trois pays, presque toutes les grand-mères démontrèrent un enthousiasme considérable pour et par le fait d'avoir été impliquées dans les activités d'apprentissage participatives.

Dans la plupart des communautés où les activités participatives de communication et apprentissage ont été menées, le nombre de grand-mères participantes s'est accru progressivement. Et en de nombreuses occasions, elles ont amené aux séances leurs "copines » " des villages voisins. Ce fait démontre leur intérêt à partager l'expérience avec leurs paires. Après la plupart des sessions communautaires, tout à fait spontanément, les grand-mères ont dansé et chanté. Les facilitateurs ont interprété cette réaction comme signe de leur sens profond de satisfaction avec les sessions qui ont rendu incontestable leur expérience et leurs avis sur la façon de résoudre les problèmes présentés dans les histoires ouvertes.

Dans chacun des trois cas, la très positive réponse aux activités de communication pour l'inclusion des grand-mères est venue non seulement des grand-mères, mais également des membres de la communauté elle-même, des agents de la santé et du développement. Dans tous les trois cas, les leaders hommes, et les chefs de familles de façon générale avaient beaucoup collaboré du fait que l'approche a contribué non seulement à renforcer les connaissances de leurs mères et de leurs épouses (c.-à-d. les grands-mères), mais également leur statut dans la communauté. Dans chacun des trois contextes, il y avait un fort consensus parmi le personnel de santé et du développement sur le fait qu'il a été très salubre de faire participer les grand-mères jusque là " invisibles " aux efforts de résolution des problèmes de santé maternelle et infantile.

Alors que la réaction globale des grand-mères aux activités d'inclusion des grand-mères était très positive, dans chacune des trois lieux d'expérimentation avec l'approche, des contraintes ont été observées dans la conduite des activités participatives d'apprentissage. Elles sont dues aux qualifications inadéquates de facilitation de groupe de certains agents de santé et du développement. Dans d'autres cas, des sessions de la communauté n'ont pas été conduites régulièrement, à cause de problèmes de planification ou des questions logistiques.

Bilan de l'inclusion des grand-mères dans les activités de communication

Au Laos, au Sénégal et au Mali, l'utilisation d'activités participatives de communication et culturellement adaptées a donné des résultats très positifs dont certains étaient attendus alors que d'autres étaient parfaitement imprévus. D'une part, dans chacun des trois sites les résultats quantitatifs d'évaluation ont indiqué des changements positifs aussi bien dans les

connaissances et conseils des grand-mères que dans les pratiques des jeunes mères. D'autre part, les données qualitatives provenant des trois sites ont montré plusieurs effets imprévus mais bénéfiques de la méthodologie d'inclusion des grand-mères (discutés ci-dessous). Les exemples de résultats quantitatifs et qualitatifs, qui suivent, fournissent l'évidence des résultats positifs observés dans les trois situations.

Dans la première expérience d'utilisation de la méthodologie au Laos en 1996, l'objectif de la stratégie était d'améliorer les conseils et les pratiques des grand-mères en matière de soins aux enfants malades (Aubel & Sihalathavong, 2001). Les résultats de l'évaluation ont prouvé que sur chacun des onze indicateurs mesurés dans des entrevues de début et de fin d'étude, les connaissances des grand-mères des pratiques " modernes " de traitement à domicile des enfants malades étaient en hausse et que leurs conseils aux autres membres de la famille se sont améliorés au cours de l'intervention qui a duré une année. Par exemple, à l'enquête de base, seules 30% de toutes les grands-mères donnaient " beaucoup de liquides " aux enfants ayant une diarrhée tandis que dans l'étude finale, 74% des grand-mères donnaient ce conseil salubre. De même, la proportion de grand-mères qui ont conseillé aux mères ayant des enfants en bas âge de continuer d'allaiter au sein pendant la diarrhée a augmenté de 73% à l'étude de base, est passée à 90% à la fin de l'expérience.

Au Sénégal, dans un projet d'éducation nutritionnelle soutenu par le Christian Children's Fund (CCF), il y avait des améliorations de tous les indicateurs liés aux conseils des grand-mères aux jeunes femmes ainsi qu'à ceux liés à leurs propres pratiques avec les enfants en bas âge (Aubel & al. 2004). Par exemple, les résultats de l'évaluation ont montré qu'avant que les activités focalisées sur les grand-mères aient commencé, seules 57% des grand-mères conseillaient les jeunes femmes à donner le colostrum à leurs enfants en bas âge. Après dix-huit mois de l'intervention, presque toutes les grands-mères (97%) donnaient ces conseils à leurs filles et belles-filles. De même, au départ seulement 59% des grand-mères conseillaient aux jeunes mères de donner une bouillie enrichie à leur progéniture comme premier aliment de complément, tandis que l'évaluation finale a indiqué que 97% donnaient une bouillie enrichie. En outre, l'évaluation finale du projet a montré que les changements dans les pratiques des jeunes femmes étaient plus grands dans les communautés où des activités d'éducation nutritionnelle ont été effectuées avec des grand-mères que dans les endroits où seules des jeunes femmes ont participé à ces activités.

Au Mali, la méthodologie a été employée dans un projet de santé néonatale d'une durée de deux ans, mis en place par Helen Keller International. L'évaluation finale a identifié des faiblesses majeures dans l'implantation des activités avec des grand-mères. Néanmoins, cette évaluation a montré des améliorations dans chacun des seize indicateurs liés aux conseils des grand-mères à des jeunes femmes concernant la santé maternelle et infantile. Parmi ces indicateurs, treize étaient statistiquement significatifs (INFO-STAT, 2004). Entre l'enquête de base et l'évaluation finale deux ans plus tard, la proportion des grand-mères conseillant les femmes enceintes d'assister à des consultations prénatales s'est accrue de 34% à 61%. La proportion de celles conseillant les jeunes mères à donner le colostrum à leurs nouveaux-nés est passée de 46% à 63%. On a également observé des changements positifs de certaines pratiques des femmes pendant la grossesse : diminution de la charge de travail et amélioration du régime alimentaire, mais aussi pratiques d'allaitement des nouveaux-nés améliorées.

Basé sur des données qualitatives collectées sur les trois sites, des effets bénéfiques de la méthodologie d'inclusion des grand-mères ont été documentés. Ils concernent les grand-mères, les leaders de la communauté, les autres membres de famille et les agents de la santé et du développement.

Effets sur les grand-mères : par leur implication dans les activités participatives d'apprentissage, les grand-mères ont acquis de nouvelles connaissances qui, à leur tour, ont augmenté leur confiance dans leur rôle de conseillères en SMI. Leur sens de solidarité envers les autres femmes âgées a augmenté; des grand-mères leaders ont émergé dans tous les groupes; et ces leaders ont, à leur tour, encouragé d'autres grand-mères à considérer les nouvelles idées qui étaient présentées.

" Nous aimons les chansons qui nous glorifient pour ce que nous faisons. Si quelqu'un travaille dans son domaine et que vous passez près de lui et lui dites qu'il fait un bon travail, il est encouragé à continuer à travailler"

Grand-mère sénégalaise

" Nous nous sentons beaucoup plus fortes maintenant parce que non seulement nous avons nos connaissances traditionnelles mais, en outre, nous avons acquis les connaissances des docteurs".

Grand-mère leader sénégalaise

" Habituellement les grand-mères s'asseyent tranquillement et parlent doucement avec les moines bouddhistes. Maintenant, elles peuvent chanter, battre des mains et échanger leurs idées dans des lieux publics".

Grand-mère leader laotienne

" Nous avons essayé certaines des nouvelles idées, elles ont donné de bons résultats et nos familles ont maintenant plus de confiance en nous".

Grand-mère laotienne

" La stratégie des grands-mères est comme une aiguille qui nous a cousues ensemble. Chacune de nous doit jouer un rôle pour assurer la santé des femmes et des enfants dans notre communauté".

Grand-mère leader malienne

Effets sur les leaders de la communauté : beaucoup de chefs traditionnels de la communauté, ainsi que d'autres membres de la Communauté, ont internalisé les attitudes de beaucoup d'agents de développement, qui minimisent les connaissances " traditionnelles" des grand-mères et les marginalisent dans les programmes communautaires. Des leaders dans tous les sites ont été étonnés au début, quand ils ont appris que les grand-mères devaient jouer un rôle central dans les activités de SMI. Mais quand ils ont observé l'enthousiasme et la capacité des grand-mères à apprendre, leur respect pour les conseils « améliorés » des grand-mères a augmenté. Ils ont publiquement revu à la hausse leur reconnaissance de la contribution des grand-mères au bien-être de la famille et se sont promis de faire participer des grand-mères dans les futures activités de la communauté.

" Les grand-mères ont une large expertise. Mais cette approche est fantastique parce qu'elle leur permet de devenir des conseillères bien plus efficaces pour les jeunes femmes en combinant leurs savoirs traditionnels avec les idées modernes".

Leader communautaire du Sénégal

" Nous pensons que vous avez pris une bonne décision en faisant participer les grand-mères parce que la santé de nos enfants et de nos femmes dépend entièrement d'elles".

Leader communautaire du Mali

" Selon nos traditions, les aînés doivent être impliqués dans des activités de développement de la communauté pour qu'elles réussissent. Nous sommes très enchantés que les grand-mères soient impliquées dans ces activités de nutrition étant donné leur rôle d'enseignante des jeunes femmes pour tout ce qu'elles doivent apprendre ".

Leader homme communautaire du Sénégal

Effets sur les membres des familles : Dans chacun des trois sites, des membres de familles ont rapporté des effets bénéfiques de la stratégie des grand-mères. Parmi ces effets, l'appui accru des grand-mères aux femmes enceintes et allaitantes; les changements positifs dans leurs conseils aux femmes et aux hommes plus jeunes; une plus grande confiance accordée par les autres membres de la famille à leurs conseils; et des échanges améliorés dans la relation entre belles-mères et belles-filles".

" Les grands-mères ont appris des choses nouvelles et maintenant elles se sentent plus confiantes à s'occuper de nos enfants. En outre, les autres membres de la famille ont encore plus de respect pour leurs conseils qu'avant".

Une jeune mère laotienne

" Maintenant quand vous êtes enceinte, ils vous disent de travailler moins que d'habitude et de manger plus. Auparavant chaque femme enceinte avait à effectuer son propre travail. Maintenant quand une femme est enceinte les belles-mères demandent aux autres femmes de la famille de l'aider ou de prendre en charge une partie de son travail".

Femme sénégalaise avec un nouveau-né de deux mois

" Les maris sont plus attentifs à nos besoins spéciaux quand nous sommes enceintes parce que leurs mères leur ont dit ce qu'elles ont appris dans les séances avec les autres grand-mères".

Femme malienne un mois avant d'accoucher

Effets sur des attitudes des agents de santé / développement : Dans les trois sites, les agents de santé et développement dans la Communauté, ont progressivement amélioré leur valorisation de l'expérience des grand-mères, de leur ouverture d'esprit à de nouvelles idées et de leur potentielle contribution aux activités de SMI communautaire.

" Depuis ma plus tendre jeunesse, j'ai toujours entendu dire que les vieilles personnes ne peuvent pas apprendre. Comme le dit le proverbe : " Vous ne pouvez pas plier un vieux morceau de bambou." Mais nous avons vu que le proverbe est incorrect, parce que les personnes plus âgées peuvent apprendre. Je pense que nous devrions étendre de telles activités avec les grands-mères à toutes les provinces".

Médecin de santé publique laotien

" J'ai travaillé dans ces communautés pendant vingt années. Les grand-mères ont toujours été là, mais je ne les ai jamais vraiment vues. Je ne les ai jamais fait participer dans mes activités. Finalement, j'ai vu à quel point c'est important pour elles et pour le succès de nos activités de nutrition de les impliquer ".

Agent de santé & développement du Sénégal

Les données quantitatives et qualitatives collectées au niveau des programmes communautaires de SMI au Laos, au Sénégal et au Mali, fournissent l'évidence additionnelle des effets bénéfiques de la méthodologie d'inclusion des grands-mères. Les données qualitatives recueillies pendant l'implantation du projet employant à travers la technique de *documentation du processus*⁵ étaient particulièrement utiles pour fournir des perspectives sur les facteurs qui ont contribué aussi bien aux résultats prévus que ceux imprévus.

Des préjugés envers les grand-mères contredits : dans chacune des trois expériences, les multiples préjugés sur les grand-mères (discutées ci-dessus) ont été réfutés. D'abord, en ce qui concerne leur influence nocive sur les femmes et les enfants, dans les trois sites on a constaté que bien que certaines de leurs pratiques en matière de SMI soient effectivement nocives, leur expérience en général, leur motivation et leur engagement à s'occuper des femmes et des enfants sont très profitables. Ces éléments soutiennent la conclusion qu'il est culturellement et stratégiquement important de les inclure plutôt que de les exclure des programmes de SMI. En ce qui concerne l'idée que les grand-mères sont trop vieilles pour apprendre et pour changer, dans chacun des trois sites de l'étude il a été constaté que la majorité des grand-mères (dont presque toutes sont illettrées), ont été capables d'apprendre de nouvelles choses quand une approche de communication et d'enseignement

⁵ *process documentation*

basée sur le respect et le dialogue a été employée. À cet égard, dans tous les cas, la majorité des grand-mères étaient très ouvertes à l'idée de combiner de " nouvelles " pratiques avec les " vieilles," même lorsque cette combinaison signifiait abandonner certaines de leurs traditions.

Conclusions

Dans la plupart des programmes communautaires de SMI l'attention accordée aux réalités culturelles est insuffisante. Il en est de même de l'interface critique entre ces réalités et les priorités techniques de développement. Souvent, les facteurs culturels sont considérés d'une manière superficielle et ils sont souvent perçus comme des obstacles à surmonter. Dans le domaine de la SMI, les chercheurs, les planificateurs de programmes, les décideurs et les agents de terrain, une attention très limitée est généralement accordée aux *systèmes culturels* dans lesquels toute famille et tout individu évoluent. Et ces systèmes constituent le fondement pour des rôles *culturellement définis*, les stratégies et les ressources que les communautés emploient pour favoriser le bien-être de leurs femmes et de leurs enfants.

Dans une perspective de pérennisation des actions de développement, il est essentiel qu'on trouve des approches de programmation qui renforcent les systèmes socioculturels communautaires. Dans le domaine de la santé internationale, un enjeu de taille est de développer des stratégies de programmes qui se construisent sur les réalités et les ressources culturelles et en même temps contribuent à des améliorations sanitaires mesurables. La méthodologie d'inclusion des grands-mères rapportée ci-dessus est un exemple d'approche culturellement adaptée qui contribue à l'atteinte de résultats positifs relatifs à la santé.

De chacun des trois contextes, au Laos, au Mali et au Sénégal où la méthodologie d'inclusion des grands-mères a été employée, sont issues des données quantitatives et qualitatives qui mettent en évidence la conclusion selon laquelle cette approche de mobilisation et d'apprentissage au sein de la communauté contribue positivement à renforcer les stratégies de SMI utilisées par les familles et communautés. Je crois que ces résultats encourageants peuvent être rattachés à deux facettes principales de la méthodologie : d'abord, le fait qu'elle se bâtit sur le rôle culturellement défini des grand-mères dans le domaine de la SMI; et en second lieu, le fait que l'approche participative de capacitation renforce les aptitudes des membres de la communauté à décider au mieux sur divers aspects problématiques du bien-

être des femmes et des enfants. Ces deux facettes sont discutées plus à fond ci-dessous.

Dans la plupart des cas, les programmes de développement dans les sociétés non occidentales sous-estiment la signification du rôle, socio-culturellement fondé, des aînés comme conseillers et surveillants des plus jeunes générations. De nombreux programmes supposent que la meilleure manière d'introduire de nouvelles informations et des changements dans un contexte culturel est de se concentrer sur les plus jeunes membres de la société. Dans cette approche prédominante, l'accent est mis sur les plus jeunes femmes, et occasionnellement sur leurs maris. Au contraire, dans la méthodologie d'inclusion des grand-mères un rôle central est accordé aux aînées, ou grand-mères. Cela reflète leur rôle en tant que conseillères principales des ménages sur des questions de SMI. Comme on peut le juger par la rétroaction très positive, reçue des grand-mères, des membres des familles, des leaders des communautés et des personnels des agences de développement, il semble que la pertinence culturelle de l'approche est un facteur important pour susciter l'intérêt, l'appropriation et l'apprentissage de la part de la communauté. Comme le souligne un des leaders communautaires du Mali : " la stratégie a reconnu l'expérience des grand-mères et leur a donné un rôle central à jouer, ce qui reflète notre réalité africaine. C'est comme cela que des programmes devraient être conçus." Un autre bénéfice de l'inclusion de cette ressource culturelle précédemment inutilisée est qu'elle renforce l'engagement intrinsèque des grand-mères à favoriser le bien-être des plus jeunes générations.

La deuxième facette critique de la méthodologie d'inclusion des grand-mères qui semble expliquer la réceptivité des communautés et l'apprentissage est l'approche basée sur la participation et le renforcement de capacité des membres des communautés. Les caractéristiques essentielles de cette approche incluent :

- la reconnaissance publique des connaissances et de l'expérience des grand-mères par divers moyens tels que les chants élogieux,
- l'établissement de rapports horizontaux de communication entre les agents de développement, les grand-mères et les autres membres de la communauté et l'utilisation du dialogue et du partage autour des questions de la SMI;
- le renforcement des aptitudes des agents de santé et de développement à respecter et à faire participer les grands-mères comme partenaires;
- l'utilisation des outils de communication culturellement adaptés ; à savoir les histoires, les chants, la danse et les discussions de groupes;

- le défi lancé aux membres de la communauté à décider de comment les pratiques traditionnelles peuvent être combinées aux pratiques modernes;
- l'amélioration des connaissances et de la confiance des grand-mères à travers des activités participatives de communication avec des réseaux de grand-mère; et
- le renforcement et l'extension du rôle des réseaux et des grand-mères comme promoteurs de la SMI au niveau de la communauté.

La pertinence culturelle de la méthodologie d'inclusion des grand-mères est liée d'une part, au fait que les grand-mères, qui sont culturellement désignées conseillères en SMI, jouent un rôle clé. D'autre part, la pertinence culturelle est liée au fait que l'approche de renforcement de capacité reconnaît et construit sur les valeurs et points de vue de la communauté, les modes traditionnels de communication, d'organisation sociale et de leadership. Les expériences au Laos, au Sénégal et au Mali ayant employé cette méthodologie soutiennent la conclusion selon laquelle la pertinence culturelle de l'approche mène à un plus grand intérêt de la communauté, sa participation et l'appropriation du processus et cela en conséquence, contribue à une plus grande efficacité des programmes.

La méthodologie d'inclusion des grand-mères a été employée pour aborder des questions spécifiques de SMI dans plusieurs sites qui sont culturellement différents. Partout, la réponse des grand-mères a été extrêmement positive. Leur participation a été active et elles ont été très conciliantes à considérer de nouvelles pratiques en matière de SMI. Il y a beaucoup de similitudes dans les rôles fondamentaux joués par les grand-mères dans les familles et les communautés dans les différentes sociétés non occidentales. Il existe un attrait pour toutes ces cultures, des outils de communication participative utilisés dans ces expériences. Donc la méthodologie générique pourrait être efficacement employée dans beaucoup d'autres contextes culturels à travers le monde

Dans les expériences rapportées ici, la méthodologie d'inclusion des grand-mères a été employée pour aborder des thèmes spécifiques de SMI, là aussi, la méthodologie générique pourrait être employée efficacement pour aborder une variété d'autres questions/problèmes. Cela inclus : les mutilations génitales féminines, le développement et prise en charge du nouveau-né , la scolarité des filles, le mariage précoce, la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA et la question des droits de l'enfant.

Un des défis non relevés dans les programmes communautaires de santé et développement de par le monde, c'est comment soutenir la motivation des personnes ressources de la communauté pour promouvoir des pratiques optimales en matière de santé. Dans les communautés les grand-mères (une ressource culturelle inexploitée), ont été activement impliquées dans des activités participatives d'apprentissage et de capacitation. Leur intérêt et leur capacité à apprendre et à intégrer des pratiques "modernes" dans leur répertoire de SMI ont été documentés. Et une plus grande confiance dans leur rôle consultatif a été observée. Combinées à leur engagement intrinsèque à promouvoir le bien-être des générations futures, ces évidences suggèrent que les grand-mères constituent une ressource très prometteuse et potentiellement pérenne pour la promotion de la SMI dans les communautés à travers les cultures.

References

- Aubel, J. (2005). *Grandmothers: A Learning Institution*. Washington, D. C., Creative Associates.
- Aubel, J. (1995) *Learning through Dialogue: Using stories in Adult Education*. Geneva: ILO & UNFPA.
- Aubel, J. & D. Sihalathavong. (2001) Participatory Communication to Strengthen the Role of Grandmothers in Child Health: An alternative paradigm for health education and health communication. *J. International Communication*, 7, 76-97.
- Aubel, J., I. Touré and M. Diagne. (2004). Senegalese grandmothers improve maternal and child nutrition practices: "The guardians of tradition are not averse to change." *Soc Sci Med.*, 59: 945-959.
- Balit, S. (2005). "Communication for Isolated and Marginalised Groups - Blending the Old and the New." UN Communication for Development Roundtable, Rome.
- Begbie, G. H. (1985) *Health Messages Through Folk Media*. Geneva: WHO.
- Belenky, M F., B. M Clinchy, N. Rape-Goldberger and J. M. Tarule (1986) *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice and Mind*. New York: Basics Books.
- Berman, P., C. Kendall and K. Bhattacharyya (1994) "The Household Production of Health: Integrating Social Science Perspectives on Micro-Level Health Determinants" *Social Science & Medicine* 38:2, pp. 205-215.
- Bessette, G. and C. V. Rajasunderam (1996) *La Communication Participative pour le Développement: Un Agenda Ouest-Africain*. Ottawa: CRDI.

- Brookfield, S.D. (1986) *Understanding and Facilitating Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Buvinic, M., J. Graeff & J. Leslie. (1987) *Individual and Family Choices for Child Survival and Development*. Washington: ICRW.
- Chaskin, R. J., P. Brown, S. Venkatesh & A. Vidal. (2001) *Building Community Capacity*. New York, Aldine de Gruyter.
- Diaz-Bordenave, J. D. (1994) "Participative Communication as a Part of Building the Participative Society" in White and Nair (eds) *Participatory Communication: Working for Change and Development*. New Delhi: Sage, pp. 35-48.
- Dressler, W. W. and K. S. Oths (1997) "Cultural Determinants of Health Behavior" in D.S. Gochman (ed) *Handbook of Health Behavior Research 1: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press, pp. 359-378.
- Figuroa, M. E., D. L. Kincaid, M. Rani & G. Lewis. (2002) *Communication for Social Change*. Working Paper No. 1. Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs. New York: Rockefeller Foundation.
- Finerman, R. (1989) "The Forgotten Healers: Women as Family Healers in an Andean Indian Community" in C.S. McClain (ed) *Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press, pp. 24-41.
- Freire, P. (1970) *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- Fuglesang, A. (1982) *About Understanding: Ideas and Observations in Cross-cultural Communication*. Uppsala: Dag Hammarskjöld Foundation.
- Green, L. W., L. Richard and L. Potvin (1996) "Ecological Foundations of Health Promotion" *AJHP* 10:4, pp. 270-281.
- Gryboski, K. L. (1996). Maternal and non-maternal time-allocation to infant care, and care during infant illness in rural Java, Indonesia. *Soc.Sci.Med.*, 43, 2: 209-219.
- Hartman, A. and J. Laird. (1983). *Family-centered social work practice*. New York: The Free Press.
- Helman, C. (1984) *Culture, Health and Illness*. Littleton: PSG Pub. Co.
- Hill, Z., B. Kirkwood & K. Edmond (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children*. Dept. of Child and Adolescent health and development.
- Hilton, D. (1981) *Health Teaching for West Africa: Stories, Drama, Song*. Brunswick: MAP International.
- INFO-STAT (2004). *Enquête d'Evaluation Finale: Rapport d'Analyse*. Bamako, INFO-STAT.

- Israel, B. A. and K.A. Rounds (1987) "Social Networks and Social Support: a Synthesis for Health Educators" *Advances in Health Education and Promotion*, 2, pp. 311-351,
- Kayongo-Male and P. Onyango (1984) *The Sociology of the African Family*. London: Longman.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the context of culture: Exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kolb, D. A. (1984) *Experiential Learning: Experience as a Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Kretzmann, J.P. & J. L. MacKnight. (1993) *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Asset-Based Community Development Institute/ Institute for Policy Research, Northwestern University, Evanston.
- McKee, L. (1987) "Ethnomedical Treatment of Children's Diarrheal Illnesses in the Highlands of Ecuador" *Soc Sci Med* 25:10, pp. 1147-1155.
- Makinwa-Adebusoye, (P.2001). *Sociocultural Factors Affecting Fertility in Sub-Saharan Africa*. Population Division, Dept. of Economic & Social Affairs. United Nations Secretariat. New York, July 2001.
- Mead, M. (1970) *Culture and Commitment: A Study of the Generation Gap*. New York: Natural History Press, Doubleday & Co.
- Mezirow, J. (1991) *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mosley, W. H. (1984) "Child Survival: Research and Policy in Child Survival Strategies for Research" *Population & Development Review* 1:10, Supplement 1, pp. 1 91-214.
- Nair & White. (1994). "Participatory Development Communication as Cultural Renewal" in White and Nair (eds) *Participatory Communication: Working for Change and Development*. New Delhi: Sage,
- Nations, M. K. (1985) Consideration of Cultural Factors in Child Health. *Proceedings of a Conference: Good Health at Low Cost. Bellagio Conference Center*. April 29-May 3, 1995. Bellagio, Italy
- Papero, D. V. (1990). *Bowen Family Systems Theory*. Allyn & Bacon, 1990.
- Pelto, G. H. (1987). Cultural Issues in Maternal and Child Nutrition. *Social Science & Medicine*, 25, 6, 553-559.
- Pepitone, A. (1981). Lessons from the history of social psychology. *American Psychologist*, 36, 9: 972-985.

- Riano, P. (1994) *Women in Grassroots Communication: Furthering Social Change*. Thousand Oaks: Sage.
- Santow, Gigi. (1995). "Social Roles and Physical Health: The Case of Female Disadvantage In Poor Countries" *Social Science & Medicine* 40:2, 147-161.
- Schweitzer, M. M. (1999). *American Indian Grandmothers: Traditions and Transitions*. Albuquerque, University of New Mexico Press.
- Serageldin, I (1992) The Challenge of a Holistic Vision: Culture, Empowerment and the Development Paradigm. In: Serageldin & Taboroff, eds. *Culture and Development in Africa, 2-3 April, 1992, The World Bank, Washington D.C.*
- Servaes, J., T.L. Jacobson and S. A. White (1996) *Participatory Communication for Social Change*. New Delhi: Sage.
- Thomas, P. 1994 "Participatory Development Communication: Philosophical Premises" in White, S.A., K.S. Nair and J. Ascroft (eds) *Participatory Communication: Working for Change and Development*. New Delhi: Sage, pp. 49-59.
- Treas, J. (1993) Intergenerational Relationships and Development. In: *Family and Development: Summary of Expert Meeting*. K.A. Foote & L.G. Martin (eds.) National Academy Press, Washington, 1993.
- UNESCO (2004) *Recognising Culture: A series of briefing papers on culture and development*. Paris, UNESCO.
- UNFPA (2004a), *Working from Within: Culturally-Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York, UNFPA.
- UNFPA (2004b). *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based organizations*. New York: UNFPA.
- Wallerstein, N. and E. Bernstein (1994) "Introduction to Community Empowerment, Participatory Education and Health" *Health Education Quarterly* 21:2, pp.141-148.
- White, S.A. (1999) *The Art of Facilitating Participation*. New Delhi: Sage.
- White, S.A., K.S. Nair and J. Ascroft. (1994) *Participatory Communication: Working for Change and Development*. New Delhi: Sage.
- WHO & UNICEF. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. WHO, Geneva.
- Wiley, A. S. (2002) Increasing use of prenatal care in Ladakh (India): the roles of ecological and cultural factors. *Soc. Sci. Med.* 55, 1089-1102.

