

Faire usage d'une ressource culturelle négligée par les programmes de développement: Les réseaux de grand-mères et la communication participative

Judi Aubel, PhD, MPH

Document présenté à la Conférence Mondiale sur la Communication pour le Développement
Octobre 25-27, 2006, Rome

(Accepté pour la publication, 1-2007: *Communication pour le Développement et le Changement Social*)

Résumé

Dans pratiquement tous les environnements socioculturels en Afrique, Asie, Amérique Latine et dans le Pacifique, les femmes âgées, ou grand-mères, font partie de systèmes familiaux et communautaires dans lesquels s'inscrivent femmes et enfants¹. Et à travers toutes les cultures, pour toutes les questions liées à la santé et au développement des femmes et des enfants, les grand-mères sont censées enseigner, guider et soutenir ces membres plus jeunes de la société. Andreas Fuglesang, théoricien suédois de la communication, (1982) a défini le rôle critique des anciens dans les sociétés traditionnelles comme «la cellule de stockage et de traitement de l'information» de la société (p. 47), responsable de la gestion et de l'utilisation des sources d'information de la société nécessaires à la survie de ces sociétés traditionnelles. Il a aussi décrit les grand-mères comme une *institution d'apprentissage* dans la communauté. Il est surprenant qu'en dépit de la présence et de l'expérience généralisées des femmes âgées, ou grand-mères, en tant que conseillères influentes sur la nutrition et la santé maternelle et infantile, les politiques et programmes dans ces domaines, et les stratégies de communication qui les soutiennent, aient rarement sérieusement pris en compte leur rôle et leur influence.

Afin de profiter de cette ressource culturelle largement inutilisée, c-a-d les grand-mères, une méthodologie faisant participer les grand-mères et renforçant leur rôle en tant que conseillères sur le plan de la santé maternelle et infantile (SMI) dans les familles et les communautés a été développée par le *Grandmother Project*, une ONG américaine. La «méthodologie incluant les grand-mères» s'appuie sur les réseaux de grand-mères et sur les *grand-mères leaders*, en faisant appel à des méthodes participatives de *communication en tant que dialogue* pour mettre en lumière le rôle important des grand-mères et les encourager à associer le savoir «traditionnel» et «moderne» afin de renforcer leur contribution à la promotion du bien-être des femmes et des enfants. Des expériences au Laos, Sénégal et Mali, réalisées en utilisant cette méthodologie, ont démontré qu'inclure les grand-mères dans les programmes de SMI permet d'augmenter la pertinence culturelle de ces

¹ Le terme "grand-mère" utilisé ici se réfère à toutes les femmes plus âgées et qui ont l'expérience de conseiller et superviser des femmes plus jeunes et leurs enfants. Ceci peut inclure les belles-mères, les mères de femmes plus jeunes et toutes les autres femmes plus âgées membres de la famille.

programmes, et entraîne un soutien communautaire plus grand à de telles initiatives, ce qui, en soi, contribue à une efficacité accrue des programmes.

Introduction

Nombre de programmes de développement ont eu un impact limité sur les communautés qu'ils cherchent à aider. Certains experts en communication (Balit, 2005; Nair & White, 1994) ont émis l'opinion selon laquelle l'attention insuffisante portée aux valeurs culturelles et aux systèmes de communication traditionnels avait contribué à ces résultats décevants. De tels arguments ont poussé certaines organisations du secteur développement à réfléchir sur la façon dont leurs programmes peuvent accorder une plus grande attention à la dimension culturelle. Par exemple, l'UNFPA (*United Nations Population Fund – Le Fonds des Nations Unies pour la Population*) déclare que «les paradigmes de développement ont porté une attention limitée aux approches et variables culturelles (2004a, p.2). Et depuis 2002, cette organisation promeut activement «la programmation sensible à la culture» dans les programmes de santé reproductive qu'elle soutient de par le monde, une approche qui implique «un travail au sein de systèmes culturels complexes» (2004b, p.2). Dans la même veine, lors d'une conférence organisée par la Banque Mondiale en 1992 portant sur la culture et le développement, Seragaldin (1992) a émis l'opinion qu'il est «nécessaire de 'mettre l'identité culturelle' au centre du paradigme de développement». (p.19).

Les programmes de développement qui s'appuient sur les structures et valeurs culturelles existantes apportent des bénéfices variés. Les programmes qui se basent sur la culture sont plus pertinents pour les communautés, et ceci tend à encourager tant leur participation que leur sens d'appropriation de tels programmes. De plus, les programmes pertinents du point de vue culturel encouragent la confiance des communautés en leurs propres ressources et en leur capacité à croître et à se développer. Les programmes s'appuyant sur les systèmes culturels existants ont plus de chances d'influencer les normes communautaires et d'avoir ainsi un impact plus grand et durable sur les connaissances, les stratégies de survie et le bien-être des communautés.

Cependant, dans les cinquante dernières années, depuis que les programmes d'assistance au développement ont été implémentés à grande échelle, la plupart des programmes de développement communautaire, dans différents secteurs, n'ont accordé qu'une attention et une importance relativement limitées aux ressources et réalités culturelles locales. On a dénoté quelques efforts, toutefois, pour encourager la discussion sur cette question, comme par exemple, la conférence internationale sur la culture et le développement organisée par l'UNESCO en 2001. Une conclusion fondamentale de cette réunion était qu'«il est urgent de repenser le rôle de la culture» dans les programmes de développement. Les comptes-rendus de la conférence soulignent le principe selon lequel les programmes de développement doivent travailler «par le biais des cultures humaines» (2001, p.1).

Dans le domaine de la santé internationale, particulièrement, on a assisté dans les années quatre-vingt à une discussion sur le besoin d'accorder plus d'attention aux paramètres culturels dans la programmation. Plusieurs experts internationaux de la

santé publique (Mosley, 1984; Nations, 1985; Peltó, 1987) ont défendu le besoin de développer des programmes qui se basent sur les réalités culturelles. Actuellement, cependant, il semble que les forums internationaux sur la santé et les agences de développement n'accordent qu'une attention moindre à la question de la «pertinence culturelle des stratégies de programmes».

Une attention limitée portée aux paramètres culturels

Plusieurs valeurs et hypothèses clés, caractéristiques de la majorité des programmes de développement de la santé, qui permettent d'expliquer l'attention limitée portée aux paramètres culturels ont été identifiées. Tout d'abord, dans les programmes de développement de la santé, l'accent est invariablement porté sur les priorités, ou objectifs techniques, afin de promouvoir des pratiques «appropriées» et «globalement convenues» liées à la nutrition, à la santé, au développement de la petite enfance, etc. Ensuite, la culture est généralement considérée comme un phénomène statique, immuable. C'est pourquoi elle est constamment vue comme une «barrière» ou un «obstacle» à franchir, et rarement comme une ressource à exploiter. Enfin, dans les organisations du développement où la culture est incluse dans les stratégies de programmation, l'opinion dominante sur la culture est réductrice et se concentre sur les «facteurs culturels» qui sont assimilés à «des connaissances, des attitudes et des pratiques» distinctes, ou CAP, de la communauté ou de la société. Cette prise en compte superficielle de la culture ignore de façon flagrante les autres dimensions importantes de la culture, dont les structures sociales et les acteurs qui ont une importance primordiale. L'association de ces diverses attitudes et hypothèses contribue nettement au fait que les organisateurs de programmes de développement n'accordent qu'une attention limitée aux réalités culturelles.

Ces mêmes hypothèses qui tendent à limiter l'attention portée aux réalités et ressources culturelles soutiennent les stratégies de communication à l'appui des programmes communautaires de santé et de nutrition. Je suis de l'avis que l'efficacité limitée de beaucoup des stratégies de communication de SMI peut être attribuée, en grande partie, au fait qu'elles sont *insensibles à la culture*. Cette critique se base sur deux observations principales, une observation liée à l'approche utilisée pour introduire les priorités des agences de développement au sein des communautés, et la seconde, au choix des acteurs communautaires avec lesquels les programmes interagissent.

Dans la plupart des programmes de communication, l'approche adoptée vise à convaincre les membres de la communauté d'«accepter» certaines pratiques liées à la santé (Figuroa et al., 2002). L'approche utilisée pour diffuser les pratiques prescrites est fondamentalement à sens unique et du haut vers le bas, et tente de «convaincre» ou «persuader» les populations d'abandonner «des pratiques «négatives» pour en adopter des «positives». Une autre particularité de telles stratégies est qu'elles se concentrent invariablement sur les *problèmes, les pratiques inappropriées et les déficits* communautaires plutôt que sur les *ressources, pratiques et atouts* communautaires bénéfiques. Une autre caractéristique importante du modèle de communication prédominant est qu'il se concentre sur les changements de comportement individuels (ibid.). Se basant sur l'idée que les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) individuelles distinctes doivent changer, les stratégies de communication, tout comme les programmes de

SMI, visent invariablement à promouvoir le changement individuel de comportement. Ceci se base sur la supposition occidentale que les individus sont capables de changer leurs attitudes et pratiques de manière indépendante. Dans les cultures *collectivistes* où les normes du groupe ont une forte influence sur les pratiques individuelles, la pertinence culturelle de ce modèle prédominant doit être remise en question. La plupart des stratégies de communication de la santé dans les pays en voie de développement se basent sur cette approche dont le nom est passé de Information, Education, Communication (IEC) à Communication du Changement de Comportement (CCC) tandis que le paradigme conceptuel latent n'a pas changé. D'un point de vue communautaire, ce paradigme peut être considéré comme insensible à la culture dans la mesure où il propose des stratégies et des solutions prédéfinies en dépit des attitudes existantes et enracinées culturellement, plutôt que de promouvoir explicitement l'intégration des idées «traditionnelles» et «modernes».

Une autre caractéristique de la grande majorité des stratégies de communication de SMI qui reflète ce manque de sensibilité culturelle est le fait qu'elles se concentrent presque exclusivement sur les femmes en âge de procréer et sur leurs jeunes enfants. Cette approche réductrice exclut les autres membres clés de la famille et de la communauté qui ont tous un rôle assigné culturellement par rapport à la SMI au niveau du foyer (Santow, 1995). D'un point de vue culturel, il est surprenant que très peu de programmes visent à améliorer le bien-être des enfants, femmes, et familles et portent une attention essentielle au rôle et à l'expérience des femmes âgées ou des grand-mères. Dans les cultures où les femmes âgées jouent un rôle actif dans les activités liées à la santé de la cellule familiale, les programmes de SMI qui n'impliquent pas explicitement ces femmes peuvent être considérés comme *insensibles à la culture*.

Les grand-mères absentes des programmes de développement

Dans pratiquement tous les environnements socioculturels en Afrique, Asie, Amérique Latine et dans le Pacifique, les femmes âgées, ou grand-mères, font partie de systèmes familiaux et communautaires dans lesquels s'inscrivent femmes et enfants². Et dans toutes les cultures, les grand-mères sont censées enseigner, guider et soutenir les femmes plus jeunes et les enfants. Plusieurs sociologues ont documenté le rôle multi-facettes des grand-mères dans la promotion du bien-être familial, dont la santé, en Afrique, (Kayongo-Male & Onyango, *ibid.*), Asie (Gryboski, 1996; Wiley, 2002), Amérique Latine (Finerman, 1989, McKee, 1987) et dans le Pacifique, ainsi que parmi les groupes d'indiens originaires d'Amérique du Nord (Schweitzer, 1999). Un examen récent de la littérature existant sur le rôle des grand-mères met en évidence leur participation et leur influence dans au moins 68 environnements culturels non occidentaux (Aubel, 2005). Cependant, en dépit de la présence généralisée de ces conseillères en SMI expérimentées et influentes, les politiques et programmes de SMI dans les sociétés non occidentales n'ont tenu compte que dans de rares cas de leur rôle et influence. Comment expliquer le fait que les grand-mères, qui jouent un rôle primordial en tant que conseillères et

² Le terme "grand-mère" utilisé ici se réfère à toutes les femmes plus âgées et qui ont l'expérience de conseiller et superviser des femmes plus jeunes et leurs enfants. Ceci peut inclure les belles-mères, les mères de femmes plus jeunes et toutes les autres femmes plus âgées membres de la famille.

surveillantes des jeunes femmes et enfants, soient pratiquement absentes des programmes et politiques de SMI?

Deux séries de facteurs ont été identifiées qui semblent contribuer à cette contradiction. Tout d'abord, les politiques et programmes de SMI se basent généralement sur une approche réductrice, qui se concentre seulement sur les femmes en âge de procréer, et qui portent une attention limitée à la famille ou au foyer au sens large (Kleinman, *ibid.*; Berman et al., 1994) dont les grand-mères font partie. Deuxièmement, il existe une série de préjugés négatifs largement répandus concernant le rôle des femmes âgées, qui tendent à discréditer tant leur expérience que leur participation à la SMI.

Cet objectif réducteur dans les programmes de SMI visant les femmes et leurs enfants simplifie les paramètres que les organisateurs de programmes doivent considérer, mais en même temps, il ne rend qu'une image superficielle des dynamiques liées à la SMI au niveau du foyer. La plupart des programmes de SMI ne se basent pas sur une compréhension complète du contexte familial et des processus intrafamiliaux liés à la promotion de la santé et à la gestion de la maladie (Buvinic et al., 1987; Mosley, *ibid.*) auxquels les grand-mères participent souvent intimement.

Un deuxième facteur qui milite contre la participation des grand-mères dans les programmes de SMI est une série de préjugés négatifs à leur encontre souvent formulés par les agents du secteur santé et par les bailleurs de fonds internationaux (Aubel, 2005). Tout d'abord, le fait que les femmes âgées influencent véritablement les pratiques de SMI des femmes plus jeunes et des familles est nié. Deuxièmement, l'opinion largement répandue est que l'influence exercée par les femmes âgées sur la SMI est généralement négative. Les femmes âgées font fréquemment usage de remèdes traditionnels, lesquels sont invariablement considérés comme néfastes. Enfin, une opinion courante est que les femmes âgées ne sont capables ni d'apprendre des choses nouvelles ni de changer leurs habitudes. L'association de ces deux stéréotypes communique une impression négative de l'expérience des grand-mères et de leur potentiel à promouvoir les pratiques «modernes» de la SMI.

Preuve du rôle des grand-mères

En sciences sociales, on discute des trois aspects des cultures non occidentales qui fournissent un aperçu du rôle et de l'influence des anciens en général, et des grand-mères en particulier, sur la promotion de la santé et du bien-être des femmes et des enfants. Ce sont les *systèmes familiaux, systèmes culturels et le rôle des anciens dans la famille et dans les systèmes de communication*. Il est surprenant que la littérature internationale en matière de santé publique et de communication en matière de santé ne se réfère que rarement à ces trois concepts. Ceux-ci suggèrent le besoin d'une approche plus holistique de la famille et des systèmes de communication dans lesquels les femmes et les enfants s'inscrivent, et de tous les acteurs clés à l'intérieur de ces systèmes, y compris les grand-mères.

Les systèmes culturels

Les anthropologues se réfèrent à «l'influence omniprésente des systèmes de signification culturelle» sur la vie des individus et des sociétés (Dressler & Oths, 1997), et au fait que «les influences culturelles imprègnent toute la pensée et le comportement humain» (p. 361).

Inversement, les experts et programmes de SMI portent normalement une attention limitée aux systèmes culturels au sein desquels les programmes interviennent. Si jamais les facteurs culturels sont discutés, il est fréquent de voir une tendance à comparer de tels facteurs à des *croyances et des pratiques* (Hill et al., 2004; WHO & UNICEF, 2003). Cette orientation minimise l'impact des systèmes culturels sur les pratiques et stratégies des individus et des familles. Le travail du psychologue Pepitone (1981) soutient l'idée selon laquelle une compréhension plus large des systèmes culturels omniprésents est nécessaire. Il décrit deux dimensions interdépendantes dans tout système culturel. D'une part, il existe *des structures et organisations sociales* dans lesquelles s'inscrivent les individus pour ce qui concerne la famille, la parenté, les rôles, la hiérarchie, et les réseaux de communication. Par exemple, toutes les cultures définissent les rôles et responsabilités des divers membres de la famille requis pour la survie de la société, de même que les systèmes intra-familiaux de communication qui assurent le transfert des connaissances culturelles nécessaires d'une génération à l'autre.

D'autre part, il existe des *systèmes normatifs* qui incluent les valeurs et croyances affectant les pratiques ou le comportement. Dans la plupart des programmes de SMI, l'attention se porte beaucoup plus sur les *pratiques culturelles* (qui correspondent à la deuxième catégorie de Pepitone) que sur la *dimension structurelle et organisationnelle* des familles et des communautés. Ce choix explique en partie le fait que le rôle des grand-mères dans les systèmes familiaux ait été largement ignoré.

Les systèmes familiaux

Les systèmes culturels et familiaux sont intimement liés dans la mesure où les familles sont immergées dans les systèmes culturels. Vu l'importance de la famille dans toutes les cultures pour ce qui est d'assurer la santé et le développement de ses femmes et de ses enfants, il est surprenant que la littérature internationale sur la SMI ne se réfère que très rarement à la théorie des systèmes familiaux. La théorie des systèmes familiaux a été développée en plusieurs domaines, chacun d'entre eux ayant une vue systémique, et non pas réductrice, des individus au sein de l'environnement familial, notamment en anthropologie, (Bateson, 1994), sociologie (Turk & Kerns, 1985; Hartman & Laird, 1983), soins sociaux (Anderson 2000) et dans la thérapie familiale (Papero, 1990). Vu l'influence de la famille sur la SMI, particulièrement dans les sociétés non occidentales, il est surprenant que seule une attention superficielle ait été accordée à l'organisation familiale, aux dynamiques et à la prise de décision par les forums et publications internationaux sur la SMI (Berman et al., *ibid*; Mosley, *ibid*).

Plusieurs caractéristiques clés des systèmes familiaux sont liées au rôle critique joué par les grand-mères dans la SMI au sein de la famille, notamment: toutes les parties d'un système familial sont interconnectées; afin de comprendre un élément du système familial, il faut considérer le système dans son entier; tous les systèmes familiaux sont composés de sous-systèmes tels que la dyade mère-enfant, la dyade mari-femme, etc. et il existe des règles concernant les

comportements acceptables et inacceptables au sein du système familial. Hartman et Laid signalent une autre particularité des systèmes familiaux liée directement à la fonction de conseil des femmes âgées. Les auteurs soutiennent que pour fonctionner efficacement tous les systèmes familiaux ont besoin d'un *décideur* qui tout d'abord «exerce un contrôle» sur les autres composantes, ou acteurs, du système, et ensuite, «prend les décisions» par rapport à un but et un ordre hiérarchique de valeurs. Les auteurs maintiennent que le rôle de *décideur*, ou *conseiller*, est essentiel pour garantir un ordre interne et une homéostasie dans tout système familial. Le rôle de *décideur* est logiquement assigné à la/aux personne(s) qui ont plus d'expérience. Dans le cas de la SMI, ce sont généralement les femmes âgées qui possèdent le plus d'expérience par rapport aux autres membres de la famille. La théorie des systèmes familiaux suggère clairement l'inadéquation d'une approche réductrice, que ce soit sur la dyade mère-enfant, ou mère-enfant-mari (ibid.). Cette théorie soutient le besoin d'une perspective systémique sur l'environnement social, prenant en considération tous les acteurs de la famille impliqués dans la SMI, de même que les interactions et prises de décision entre ceux-ci. Malheureusement, les programmes de SMI n'ont généralement pas adopté une perspective systémique et continuent de se concentrer sur la dyade dans la plupart des cas, et, de temps en temps, sur la triade, décrite plus haut.

D'autres aspects des systèmes familiaux contribuant à maintenir l'équilibre au sein de la famille, et qui sont aussi liés aux attentes que l'on a des grand-mères, concernent le fait que les connaissances et rôles des différents acteurs au sein de la famille dépendent du sexe des personnes et le fait qu'il existe des modèles établis de la prise de décision. Dans la plupart des sociétés non occidentales, les systèmes familiaux sont très hiérarchisés, et se basent sur le statut, le sexe, et l'âge. La sociologue nigérienne Makinwa-Adebusoye (2001) soutient que dans les foyers patriarcaux et hiérarchiques africains, le type de structure familiale le plus courant en Afrique, «la plupart des femmes n'ont que très peu, sinon aucun, contrôle, sur leur propre vie» (p.12). Tant les hommes que les femmes âgées prennent les nombreuses décisions qui dictent ce que les femmes plus jeunes peuvent ou ne peuvent pas faire. Ces déclarations indiquent le déséquilibre culturel qui existe entre la structure familiale et les rôles et la direction prise par la plupart des programmes de SMI qui se concentrent sur les femmes plus jeunes et assument qu'elles ont un rôle de décideur indépendant. Les programmes de SMI ont besoin de se baser sur une compréhension précise de la prise de décision et des modèles d'autorité au sein des systèmes familiaux liés au rôle de la femme et au soin et bien-être des enfants.

Rôle des anciens dans les systèmes familiaux et communautaires

Un autre aspect des systèmes familiaux et communautaires, critique et déterminé par la culture dans pratiquement toutes les sociétés non occidentales en Afrique, Asie, Amérique Latine et dans le Pacifique, est le rôle des anciens en tant qu'enseignants et conseillers des jeunes générations. Dans la littérature sur le développement en général, et en particulier celle concernant la SMI, le rôle des anciens est pratiquement ignoré.

Le rôle des anciens dans les sociétés non occidentales a été discuté quelque peu par la littérature des sciences sociales. L'anthropologue Margaret Mead (1970) a

été une des premières à parler du rôle critique joué par les grands-parents dans la transmission, d'une génération à l'autre, du «modèle» indiquant comme la famille doit être organisée, y compris comment les enfants doivent être élevés et comment leur apprendre à survivre dans chaque société. Le rôle important des anciens dans la plupart des sociétés traditionnelles a été souligné par le théoricien de la communication Fuglesang (1982), qui l'a comparé à la fonction du disque dur pour l'ordinateur. Se basant sur cette analyse, il soutient que les anciens doivent être impliqués dans les efforts pour promouvoir le changement au sein des systèmes communautaires. La sociologue Treas (1993) parle aussi de l'influence qu'exercent l'opinion et les conseils prodigués par les anciens sur les autres membres de la communauté. Elle affirme que «parfois, les programmes de développement n'ont pas pris en compte les opinions des anciens, et ont par conséquent eu moins de chance d'être acceptés par eux» p.11.

Le fait que dans les sociétés non occidentales le rôle dépende du sexe des acteurs s'applique tout aussi bien aux anciens qu'aux membres plus jeunes de la société. Dans pratiquement toutes ces sociétés, les grand-mères et les grand-pères ont un rôle relativement distinct, mais complémentaire au sein des systèmes familiaux et communautaires. Et comme mentionné plus haut, ce sont généralement les femmes expérimentées plus âgées, ou grand-mères, qui ont la responsabilité première de conseiller et de gérer les questions de SMI au niveau du foyer. Les hommes âgés, ou grand-pères, ne sont généralement impliqués dans les questions de SMI qu'en cas de problèmes sérieux ou d'un besoin en ressources spécifique.

Les trois concepts interdépendants discutés plus haut, c'est-à-dire les *systèmes culturels*, les *systèmes familiaux* et le *rôle des anciens au sein de ces systèmes*, soutiennent les recommandations suivantes faites aux organisateurs de programmes de SMI, et en particulier à ceux responsables de mettre au point des stratégies de communication. Tout d'abord, il est nécessaire de mieux comprendre le rôle et l'expérience des grand-mères dans des contextes culturels spécifiques avant de développer des stratégies de communication. Pour ce faire, des instruments méthodologiques alternatifs sont nécessaires, dans la mesure où, par le passé, la plupart des instruments utilisés destinés à analyser les données collectées, en se concentrant sur les «mères d'enfants en bas âge», tendaient à dissimuler le rôle des grand-mères. Ensuite, des approches programmatiques doivent être mises au point qui impliquent les grand-mères et les considèrent comme des partenaires et personnes ressources plutôt que comme des obstacles.

Particularités communes du rôle des grand-mères à travers les cultures

La littérature publiée en 2005 sur le rôle des grand-mères dans les cultures non occidentales, comme indiqué plus haut, a révélé une grande diversité dans les pratiques culturelles liées aux divers aspects de la SMI et de l'éducation au stade la petite enfance (Aubel, 2005). A la même époque, à travers l'analyse de la littérature publiée dans quelque 68 environnements culturels différents, une série de treize caractéristiques de l'expérience primordiale et du rôle des grand-mères ont été identifiées, qui se révèlent similaires quelque soit la culture. Chacun de ces treize paramètres est lié à la responsabilité qu'ont les grand-mères de transmettre des valeurs, un savoir et des compétences aux jeunes générations, et tous ont des implications sur la programmation de SMI et sur le développement des stratégies de communication de tels programmes.

- Les grand-mères sont impliquées par des aspects multiples dans la vie des enfants, des femmes et au niveau de la famille.
- Le rôle des grand-mères lié au développement et au bien-être des enfants et des femmes leur est attribué de par leur appartenance au sexe féminin.
- Les grand-mères sont responsables de la transmission des valeurs culturelles.
- Les grand-mères ont confiance en leurs propres compétences en termes d'éducation des enfants, compétences acquises tout au long d'une vie.
- Les grand-mères sont impliquées dans la promotion du bien-être des femmes et des enfants de manière directe, mais aussi indirecte (de par les conseils qu'elles prodiguent aux femmes et aux autres membres de la famille).
- Les grand-mères sont les premières conseillères de la famille en ce qui concerne les questions de santé.
- Les grand-mères conseillent et influencent les décisions prises par les membres masculins de la famille et concernant le bien-être des femmes et des enfants.
- Certaines des pratiques des grand-mères sont bénéfiques au développement des femmes et des enfants, mais d'autres ne le sont pas.
- Les grand-mères sont très engagées dans la promotion de l'éducation et du développement de leurs petits-enfants.
- Par rapport aux femmes plus jeunes, les grand-mères ont plus de patience et plus de temps à passer auprès des jeunes enfants.
- Le savoir des grand-mères leur a été transmis en premier lieu par les femmes plus âgées dans leurs propres familles et par leurs pairs.
- La plupart des grand-mères ont un sens collectif des responsabilités envers les femmes et les enfants de la communauté.
- Beaucoup de grand-mères sont de l'avis que leur statut en tant que conseillères sur les questions de développement de l'enfant et de la famille est en déclin.

Il est clairement nécessaire de continuer à analyser et documenter le rôle des grand-mères dans divers contextes culturels, géographiques et socio-économiques. Cependant, la masse des données existantes appuie la conclusion selon laquelle les grand-mères sont des acteurs primordiaux de la SMI dans nombre de contextes socioculturels et des personnes ressources potentielles pour les programmes de SMI au sein de ces environnements.

Méthodologie pour renforcer le rôle des Grand-mères dans les programmes de SMI

Même si beaucoup de praticiens du développement sont d'accord sur le fait que les grand-mères ont un rôle actif et une grande influence tant sur les femmes que sur les jeunes enfants, beaucoup pensent aussi qu'elles sont résistantes au changement et incapables de modifier leurs attitudes et leurs pratiques. Le défi que j'ai entrepris, en collaboration avec des ONG partenaires, au Laos d'abord, puis au Sénégal et au Mali, a été de développer une méthodologie participative et pertinente du point de vue culturel, qui encourage efficacement les grand-mères à intégrer des pratiques sanitaires «modernes» à leurs pratiques existantes. Le but

était de développer une méthodologie générique pouvant adresser divers problèmes et questions concernant la santé.

Approches systémiques du renforcement des capacités

Le développement d'une méthodologie pour la promotion de la SMI au niveau communautaire a été influencé par plusieurs concepts clés et grandes lignes. Le concept principal à l'appui de cette méthodologie est le *renforcement des capacités communautaires*, un élément essentiel pour le développement durable (Chaskin et al, 2001). Plusieurs autres principes clés sont intimement liés à ce concept central. Une *approche prenant en compte les atouts* (Kretzmann & MacKnight, 1993) a été adoptée, en opposition à l'approche *prenant en compte les manques*, utilisée plus fréquemment, dont le but est de reconnaître et de renforcer les ressources communautaires existantes, et en particulier, mais pas seulement, les grand-mères. Cette approche donne aussi la priorité au travail en collaboration avec les *réseaux sociaux* de grand-mères, afin de renforcer ces structures tout en augmentant particulièrement les connaissances, les compétences et l'assurance des grand-mères leaders au sein de tels réseaux (Israel & Rounds, 1987). Une *approche transculturelle* de la promotion de la santé a été adoptée qui consiste à encourager le dialogue en ce qui concerne les concepts, que ceux-ci dérivent de la culture indigène, ou populaire, en matière de santé, ou bien de la culture dite bio-médicale, ou «moderne» (Aubel, 1005). L'approche générale se base sur une *approche écologique en matière de promotion de la santé* (Green et al., 1996), qui justifie le besoin de programmes impliquant de multiples groupes communautaires, y compris les grand-mères, les jeunes hommes et femmes et les chefs de communauté, etc. dans les programmes communautaires. Enfin, cette méthodologie s'est inspirée d'une approche d'autonomisation de la *communauté* (Wallerstein & Bernstein, 1994), dans laquelle les membres de la communauté et le personnel de santé participent à un processus participatif de dialogue et de négociations, utilisé comme moyen pour augmenter l'engagement et la capacité communautaires à résoudre les problèmes de manière collective.

La méthodologie d'inclusion des grand-mères

Les expériences menées au niveau communautaire dans plusieurs pays, l'apprentissage par l'évaluation et par l'action, ou *pratique* (Freire, 1970), ont progressivement mené au développement de la méthodologie incluant les grand-mères (Aubel, 2005). Cette méthodologie consiste en cinq étapes: 1) brève évaluation du rôle et de l'influence des grand-mères dans la famille et la communauté en ce qui concerne la/les question(s) nous intéressant, au travers de discussions avec plusieurs membres de la famille et de la communauté; 2) reconnaissance publique du rôle des grand-mères dans la promotion de la santé et du développement des femmes, des enfants, et de leurs familles; 3) activités participatives de communication/formation impliquant les membres des réseaux de grand-mères, parallèlement aux membres d'autres groupes communautaires, pour discuter des pratiques «traditionnelles» et «modernes» et de la possibilité de les associer; 4) renforcement de la capacité des grand-mères leaders à promouvoir, avec les autres grand-mères, les pratiques améliorées, dans les familles et dans la communauté au sens large; et 5) suivi et compte-rendu réguliers des activités communautaires d'apprentissage.

Concepts et méthodes clés

Plusieurs types d'activités de communication et d'apprentissage sont menées dans le cadre de la méthodologie en cinq étapes, et particulièrement au stade de l'étape numéro trois. L'approche utilisée lors de ces activités diffère considérablement de l'approche prédominante utilisée par la plupart des stratégies de communication de la santé, qui se base quant à elle sur une pédagogie de comportement et de transmission d'un message. Ici, l'approche s'appuie sur des concepts et méthodes inspirés de la *formation des adultes*, de la *communication participative du développement*, et de la *pédagogie féministe*. Les concepts et méthodes clés de chacun de ces domaines, essentiels à la compréhension de la méthodologie de base incluant les grand-mères, sont résumés ci-dessous:

Toutes les activités de communication et d'apprentissage utilisées par la méthodologie de base s'inspirent des théories transformationnelles ou constructivistes de l'apprentissage des adultes soutenues par le travail de Freire (1970), Kolb (1984) et Mezirow (1991). Les membres de la communauté sont tenus d'analyser de manière critique leurs propres expériences, parallèlement à des idées alternatives, et de «construire» leurs propres stratégies pour adresser les problèmes quotidiens liés à la SMI. Aux étapes trois et quatre, en particulier, ces activités comprennent l'utilisation de *contes-sans-fin*, une méthodologie inspirée du travail de Freire sur la *pédagogie par le dialogue* et l'utilisation de «codes» de discussion. «Ceux qui apprennent» ne sont pas tenus d'intérioriser des connaissances ou des messages prédéfinis, comme cela est souvent le cas dans les activités de communication de la santé. Plutôt, il s'agit de se concentrer sur un dialogue collectif et une pensée critique pour ce qui concerne tant les expériences passées que les informations nouvelles.

La méthodologie incluant les grand-mères se fonde aussi sur les concepts clés de littérature existante sur la communication participative de développement qui soulignent l'importance de: *relations horizontales de communication* qui promeuvent un partage réciproque des connaissances et de l'autorité (Diaz-Bordenave, 1994; Bessette & Rajasunderam, 1996); le *respect mutuel, le dialogue et la réciprocité* dans les relations (Thomas, 1994); la *communication par le dialogue* (Servaes et al., 1996.); et la «sensibilisation par une réflexion critique» (White et al., 1994, p.48). Un autre concept clé est celui du *communicateur catalyseur* dont la responsabilité est de «catalyser les pensées, la motivation, l'interaction, la réaction et la réflexion» (White, 1999, p.38) au nom des membres de la communauté. Tous ces concepts sont incarnés par l'approche utilisée dans la méthodologie de base, pour, premièrement, établir le rapport et la communication avec les groupes de grand-mères, deuxièmement, susciter le dialogue et la résolution collective des problèmes par ces groupes, et enfin, pour donner mandat aux grand-mères de continuer à susciter le dialogue communautaire sur les sujets prioritaires en matière de SMI.

Tout aussi importante pour le développement d'activités participatives de communication avec les réseaux de grand-mères est la contribution de la pédagogie féministe (Belenky et al., 1986; Riaño, 1994). Les éléments clés de ce domaine qui sont intégrés dans la méthodologie sont: reconnaissance et validation du rôle des grand-mères, savoir et expérience subjectifs; défier les stéréotypes dénigrant les personnes âgées et sexistes à propos des grand-mères; et renforcer

l'autorité des grand-mères dans leur rôle au sein de la famille et de la communauté. Ce dernier point est aussi adressé par Riaño dans sa perspective des activités de communication et d'apprentissage au niveau communautaire en fonction de l'appartenance au genre. Elle soutient que dans les sociétés traditionnelles d'Asie, d'Afrique et d'Amérique Latine, les femmes âgées ont un rôle essentiel en tant que «communicateurs informels» sur les sujets liés à leur rôle et compétences, et que les efforts déployés pour augmenter leur accès aux instruments d'information et de communication peuvent renforcer leurs compétences et leur statut en tant que communicateurs plus actifs et formels au sein de leurs communautés. Riaño souligne aussi la fonction de communication critique qu'ont les groupes de femmes, lesquels constituent «des réseaux informels d'échange et de stratégies collectives de survie» (ibid., p.39). Ce point de vue est partagé par Balit (ibid.) qui insiste sur l'importance de l'usage des réseaux traditionnels de communication sociale des femmes au sein des communautés afin de promouvoir le dialogue et l'apprentissage (p. 6).

Ces idées ont eu une influence directe sur la décision de travailler avec les réseaux de grand-mères et leurs *leaders* afin d'augmenter la capacité collective de communication.

Des méthodes de communication adaptées à la culture

Les activités et le matériel de communication développés pour être utilisés dans la méthodologie générale ont été choisis à la lumière du contexte de renforcement des capacités et d'autonomisation. A cet égard, le choix des instruments de communication s'est basé sur les critères suivants: ils devaient être adaptés à la culture; devaient stimuler l'apprentissage et l'interaction du groupe; les reproduire ou les diffuser ne devait pas coûter cher; et ils devaient pouvoir être utilisés par les grand-mères et par les autres membres de la communauté. Sur la base de ces critères, des chansons, des contes-sans-fin et la discussion de groupe ont été utilisés par la méthodologie incluant les grand-mères.

Les chansons jouent un rôle important dans le travail avec les groupes de grand-mères. Deux types de chansons ont été développées, chacune dans un but spécifique. Certaines chansons reconnaissent l'importance du rôle des grand-mères dans les questions concernant la santé des enfants dans la famille. Ces chansons qui font les louanges des grand-mères se sont révélées être particulièrement importantes pour établir le rapport avec elles et augmenter leur confiance en elles-mêmes et en leur capacité à participer et à apprendre. D'autres chansons transmettent des informations clés liées aux sujets de SMI adressés. Dans tous les cas, les chansons contiennent des informations «traditionnelles» et «modernes» sur les sujets de SMI en question.

Le but spécifique des contes est d'encourager l'esprit critique concernant les divers sujets de SMI: dans d'autres environnements, les contes ont été utilisés par les stratégies de communication de la santé (Begbie 1985, Hilton 1981), mais dans ces cas-là toutefois, le but était généralement d'*enseigner* aux populations ce qu'elles devaient faire si elles devaient affronter certains problèmes liés à la santé. Ici, la structure et l'usage des contes sont différents. La conception du format du conte s'est inspirée du travail de Freire sur les *codes qui posent problème*, du modèle d'*apprentissage expérientiel* de Kolb, et de l'usage des *événements*

critiques de Brookfield (1991) pour encourager la réflexion critique et la résolution des problèmes. Dans chaque conte, deux personnages présentent deux manières différentes d'aborder le même problème. L'un a des idées plus «traditionnelles» sur la question, alors que les opinions du deuxième personnage incluent des notions plus «modernes». La juxtaposition des opinions alternatives sert de catalyseur à la discussion sur ces opinions. Chaque conte s'accompagne d'une série de questions qui se basent sur le cycle collectif d'apprentissage expérientiel en 4 étapes de Kolb (ibid.). Un animateur utilise les questions pour guider et encourager le groupe à analyser les opinions alternatives et arriver à ses propres conclusions. Dans chaque conte, le protagoniste est une grand-mère, reflétant le rôle important que les grand-mères jouent dans les questions de santé dans la vie réelle. Dans tous les cas, elles sont représentées comme des femmes compétentes et respectées, ce qui correspond à un concept important de la pédagogie féministe (Belenky et al., ibid.).

Ces contes sont en fait un élément central de la méthodologie incluant les grand-mères. Ils sont utilisés dans le but de susciter la discussion sur les problèmes de santé quotidiens, le rôle des grand-mères et des autres acteurs de la famille, et des concepts traditionnels et «modernes» de SMI, ainsi que pour encourager les membres de la communauté à identifier les stratégies possibles pour résoudre de tels problèmes.

Usage des méthodes participatives de communication dans trois environnements divers

Les méthodes participatives de communication incluant les grand-mères ont été utilisées dans plusieurs environnements, y compris au Laos en 1996, avec l'OMS et l'UNICEF, au Sénégal en 2001 avec le Christian Children's Fund (CCF), et en 2003-2004 au Mali, avec l'organisation Helen Keller International. Cette partie du document présente, d'une part, un résumé de la réaction des grand-mères et d'autres membres de la communauté à ces méthodes, et d'autre part, les résultats des expériences dans les trois pays, à partir des données quantitatives et qualitatives rassemblées sur chaque site.

Dans ces trois contextes, les activités participatives de communication (chansons, contes-sans-fin, et discussions) ont été introduites lors d'assemblées communautaires auxquelles participaient des grand-mères, des représentants (hommes) des structures dirigeantes traditionnelles et des volontaires de la santé communautaire. Des séances similaires ont ensuite été organisées avec d'autres groupes d'hommes et de femmes. Dans chaque cas, des sessions mensuelles ou bimensuelles avec des groupes de grand-mères ont été organisées dans un endroit où elles se sentaient à leur aise pour parler. Au Laos, les séances se sont déroulées dans des pagodes bouddhistes, et au Sénégal et au Mali, sur des nattes au pied d'un arbre, loin du centre du village.

Dans les trois sites en Asie et Afrique, la réaction générale de la part des grand-mères, des membres de la famille, et autres membres de la communauté aux activités participatives d'apprentissage s'est révélée similaire et très positive. Et partout, un effet inattendu des sessions de groupe a été que la présentation de contes, traitant de sujets divers de la santé maternelle et infantile, a servi de catalyseur à la discussion sur ces questions au sein de la communauté entière.

Quand les activités participatives d'éducation et de communication ont été introduites dans ces trois contextes, les grand-mères ont eu besoin d'une «période d'adaptation» afin de se sentir complètement à l'aise pour participer aux activités d'apprentissage en groupe. Au départ, certaines grand-mères étaient sceptiques à l'idée de participer aux sessions. Une des grand-mères sénégalaises a déclaré plus tard: «Au début nous avons peur. Nous n'avions jamais été invitées à participer à de telles sessions dans la communauté. Et nous nous demandions si nous serions capables de comprendre ce qui serait discuté et si nos idées seraient acceptées». Au départ, beaucoup de grand-mères ont écouté et observé les activités de groupes mais ne se sont pas exprimées. Progressivement, dans tous les sites, leur niveau d'aise et de confiance s'est élevé lorsqu'elles ont entendu les chansons faisant les louanges de leur rôle dans la santé de la famille et écouté les histoires sur leurs propres vies, lorsqu'on leur a demandé de partager leurs expériences et lorsqu'elles ont compris qu'on respectait leurs idées. A la fin de la première ou deuxième session, dans les trois pays, presque toutes les grand-mères montraient un enthousiasme irrésistible et leur intérêt à participer aux activités participatives d'apprentissage.

Dans la plupart des communautés où les activités participatives de communication/apprentissage se sont déroulées, le nombre des grand-mères y participant a augmenté avec le temps. Et à plusieurs occasions, elles ont amené leurs amies des villages avoisinants, ce qui prouve leur intérêt à partager cette expérience avec leurs pairs. A la fin de la majorité des sessions communautaires, les grand-mères se sont mises à danser et chanter, complètement spontanément. Les animateurs ont interprété cette réaction comme un signe de leur sens profond de satisfaction de ces sessions qui reconnaissent tant leur expérience que leur opinion sur la résolution des problèmes présentés dans les contes sans fin.

Dans les trois environnements, nous avons eu une réponse très positive à l'encontre des activités de communication incluant les grand-mères, non seulement de la part des grand-mères, mais aussi de la part des membres de la communauté au sens large et des agents de santé et de développement. Dans tous les cas, les chefs de communauté (hommes) et les hommes, en général, ont soutenu avec enthousiasme le fait que cette approche contribuait à conforter non seulement le savoir de leurs mères et de leurs femmes (c-a-d les grand-mères), mais aussi leur statut au sein de la communauté. Dans les trois sites, un fort consensus s'est dégagé parmi les agents de santé et de développement pour reconnaître le bénéfice à faire participer les grand-mères autrefois «invisibles» aux efforts entrepris pour adresser les problèmes de santé maternelle et infantile.

Bien que la réaction globale aux activités de communication incluant les grand-mères ait été très positive, nous avons rencontré des limites sur les trois sites pour mener ces activités participatives d'apprentissage en raison des compétences inadéquates en matière d'animation de groupe des personnels de la santé et du développement. Dans d'autres cas, les sessions communautaires ne se tenaient pas de façon régulière en raison de contraintes logistiques et de programmation.

Résultats des activités de communication incluant les grand-mères

Au Laos, Sénégal et Mali, l'usage des activités de communication participatives et adaptées à la culture a produit des résultats très positifs, certains d'entre eux escomptés et certains plutôt inattendus. D'une part, les résultats quantitatifs de l'évaluation dans les trois sites ont montré des changements positifs dans les propres pratiques des grand-mères, et dans les conseils qu'elles prodiguaient aux jeunes mères et aux jeunes femmes. D'autre part, les données qualitatives des trois sites ont mis en valeur des effets inattendus mais bénéfiques de la méthodologie incluant les grand-mères (voir ci-dessous). Les exemples de ces résultats quantitatifs et qualitatifs, présentés ci-dessous, prouvent les résultats positifs observés sur les trois sites.

Lors de la première expérience faisant usage de la méthodologie au Laos, en 1996, le but de la stratégie était d'améliorer les conseils et pratiques des grand-mères concernant les soins prodigués aux enfants malades (Aubel & Sihalathavong, 2001). Les résultats de l'évaluation ont montré que les connaissances des grand-mères concernant les pratiques «modernes» de soins à domicile des enfants malades avaient augmenté et que les conseils qu'elles prodiguaient aux autres membres de la famille s'étaient améliorés sur la période d'intervention de un an, et ce sur les onze indicateurs mesurés pendant les entretiens de début et de fin de projet. Par exemple, au début de l'étude, seulement 30% des grand-mères donnaient «beaucoup de liquide» à boire aux enfants atteints de diarrhée, alors qu'en fin d'étude 74% d'entre elles donnaient ce conseil salubre. De même, la proportion des grand-mères conseillant aux mères ayant des enfants en bas âge de continuer à les allaiter durant la diarrhée a fortement augmenté, de 73% en début de projet à 90% en fin de projet.

Au Sénégal, sur un projet éducatif sur la nutrition soutenu par CCF, on a noté des améliorations sur tous les indicateurs liés aux conseils prodigués par les grand-mères aux jeunes femmes et à leurs propres pratiques avec les jeunes enfants (Aubel et al., 2004). Par exemple, les données de l'évaluation ont montré qu'avant que les activités se concentrant sur les grand-mères ne commencent, seulement 57% d'entre elles conseillaient aux jeunes femmes de donner le colostrum, ou «premier lait de l'accouchée», à leurs nouveaux-nés. En fin de projet, presque toutes les grand-mères (97%) conseillaient à leurs filles et belles-filles de le faire. De même, au départ, seulement 59% des grand-mères conseillaient aux jeunes mères de donner de la bouillie enrichie à leurs enfants comme alimentation complémentaire, alors qu'en fin de projet l'évaluation montrait que 97% d'entre elles préparaient et dispensaient cette bouillie enrichie. De plus, l'évaluation finale du projet a montré que les changements d'habitudes chez les jeunes femmes étaient plus élevés dans les communautés où les activités éducatives de nutrition étaient menées avec les grand-mères, par comparaison aux communautés où seules les jeunes femmes avaient participé à ces activités.

Au Mali, cette méthodologie a été utilisée pour un projet sanitaire de deux ans d'assistance aux nouveaux-nés mis en place par HKI (Helen Keller International). L'évaluation finale a identifié des faiblesses majeures dans l'implémentation des activités avec les grand-mères. Cependant, cette même évaluation finale a mis en lumière des améliorations sur les seize indicateurs (dont treize étaient statistiquement significatifs) liés aux conseils prodigués par les grand-mères aux

jeunes femmes et concernant la santé maternelle et infantile (INFO-STAT, 2004). Entre les enquêtes de début et fin de projet, la proportion des grand-mères conseillant aux femmes enceintes d'assister à des consultations prénatales est passée de 34% à 61% et la proportion conseillant aux jeunes mamans de donner le colostrum est quant à elle passée de 46% à 63%. Des changements positifs ont aussi été notés dans certaines autres pratiques féminines, comme la réduction de la charge de travail et une amélioration de l'alimentation pendant la grossesse, de même qu'une amélioration des pratiques d'allaitement.

Sur la base des données qualitatives recueillies sur les trois sites, des effets inattendus et bénéfiques de la méthodologie incluant les grand-mères ont été documentés, qui sont liés aux grand-mères, aux chefs de communauté, aux autres membres de la famille et au personnel de la santé et du développement.

Effets sur les grand-mères: à travers leur participation aux activités participatives d'apprentissage, les grand-mères ont acquis des connaissances nouvelles, qui ont à leur tour augmenté leur confiance en elles et leur sens de l'autorité en tant que conseillères en SMI; leur sens de la solidarité avec les autres femmes âgées a augmenté et des grand-mères *leaders* se sont révélées dans tous les groupes; ces leaders, à leur tour, ont encouragé les autres grand-mères à considérer les idées nouvelles qui leur étaient présentées.

Nous adorons les chansons qui font les louanges de ce que nous faisons. Si vous passez à côté de quelqu'un qui travaille dans son champs et que vous lui dites qu'il fait du bon travail, cela l'encourage à continuer.

Une grand-mère sénégalaise

Nous nous sentons beaucoup plus fortes maintenant parce non seulement nous avons notre savoir traditionnel, mais en plus nous avons acquis le savoir des docteurs.

Une grand-mère leader sénégalaise

D'habitude, les grand-mères ne font rien d'autre que de rester assises tranquillement et de parler à voix basse avec les moines bouddhistes. Désormais, elles peuvent chanter, taper dans leurs mains et partager leurs idées dans les lieux publics.

Une grand-mère leader laotienne

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

Une grand-mère laotienne

La stratégie grand-mère est comme une aiguille qui nous aurait toutes cousues ensemble. Chacune d'entre nous doit avoir un rôle pour assurer la santé des femmes et des enfants dans notre communauté.

Une grand-mère leader malienne.

Effets sur les chefs de communauté: nombre de chefs de communauté traditionnels, de même les autres membres de la communauté, ont intériorisé les attitudes de beaucoup d'agents du développement qui minimisent le savoir «traditionnel» des grand-mères et les excluent des activités de développement. Sur tous les sites, les chefs étaient surpris au début que les grand-mères soient censées jouer un rôle primordial dans les activités de SMI. Mais quand ils ont pu observer l'enthousiasme de celles-ci et leur capacité d'apprentissage, leur respect pour les conseils modernisés des grand-mères a augmenté. Leur reconnaissance publique de la contribution des grand-mères au bien-être familial a augmenté et ils se sont engagés à faire participer les grand-mères à toutes leurs futures activités communautaires.

Les grand-mères ont de grandes compétences. Mais cette approche est formidable car elle leur permet de devenir des conseillères encore plus efficaces pour les jeunes femmes grâce à l'association de leurs idées traditionnelles aux idées modernes.

Un chef de communauté sénégalais

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

Un chef de communauté malien

Selon nos traditions, les anciens doivent intervenir dans les activités de développement communautaire si nous voulons que ces activités aient du succès. Nous sommes très contents que les grand-mères participent à ces activités sur la nutrition car leur rôle est d'enseigner aux jeunes femmes tout ce qu'elles ont besoin de savoir.

Un chef de communauté sénégalais

Effets sur les membres de la famille: dans les trois sites, les membres de la famille ont rendu compte des effets bénéfiques de la stratégie grand-mères en ce qui concerne: le soutien renforcé des grand-mères aux femmes enceintes et allaitantes; les changements positifs dans les conseils qu'elles prodiguent aux hommes et femmes plus jeunes; la confiance plus grande que les autres membres de la famille accordent à leurs conseils; et une meilleure communication entre les belles-mères et leurs belles-filles.

Les grand-mères ont appris des choses nouvelles et se sentent plus confiantes pour s'occuper de nos enfants. Et désormais les autres membres de la famille ont encore plus de respect qu'autrefois pour leurs conseils.

Une mère laotienne

Désormais lorsque vous êtes enceintes elles vous disent de travailler moins et de manger plus. Autrefois chaque femme devait faire son propre travail. Maintenant quand une femme est enceinte les belles-mères demandent aux autres femmes de la famille de donner un coup de main, ou bien elles prennent un peu de travail sur elles.

Une femme sénégalaise mère d'un bébé de deux mois

Les maris font plus attention à nos besoins particuliers lorsque nous sommes enceintes, car leurs mères leur ont répété ce qu'elles ont appris pendant les sessions avec les grand-mères.

Une femme malienne un mois avant l'accouchement

Effets sur le comportement des personnels de la santé/du développement:

Les personnels de la santé et du développement sur les trois sites ont progressivement reconnu de plus en plus l'expérience des grand-mères, ainsi que leur ouverture aux idées nouvelles et leur contribution potentielle aux activités communautaires de SMI.

Depuis que je suis jeune, on m'a toujours dit que les vieilles personnes ne peuvent pas apprendre. Ainsi, nous avons un proverbe qui dit: «On ne peut pas plier une vieille tige de bambou» Mais nous nous sommes aperçus que ce proverbe n'est pas correct et qu'elles peuvent apprendre. Je pense que nous devrions élargir ces activités avec les grand-mères à toutes les provinces.

Un docteur laotien chargé de la santé publique

J'ai travaillé au sein de ces communautés pendant vingt ans. Les grand-mères étaient présentes mais je n'ai jamais fait vraiment attention à elles, et je ne les ai jamais fait participer à mes activités. J'ai vraiment compris combien il est important pour elles et pour le succès de nos activités de nutrition de pouvoir y participer.

Un agent de développement sénégalais

Les données quantitatives et qualitatives rassemblées par les programmes communautaires de SMI au Laos, Sénégal et Mali apportent une preuve supplémentaire des effets bénéfiques de la méthodologie incluant les grand-mères. Les données qualitatives, rassemblées tout au long de l'implémentation des projets par l'intermédiaire du *processus documentaire*, ont été particulièrement utiles et ont fourni un aperçu sur les facteurs qui contribuent tant aux résultats escomptés qu'aux résultats inattendus.

Les préjugés contre les grand-mères réfutés

Lors des trois expériences, les nombreux préjugés existants à l'encontre des grand-mères (discutés plus haut) ont été réfutés. Tout d'abord, en ce qui concerne leur influence néfaste sur les femmes et les enfants, dans les trois sites, nous avons trouvé que bien que certaines de leurs pratiques de SMI soient néfastes, leur expérience, leur motivation et leur engagement dans les soins apportés aux femmes et aux enfants sont dans l'ensemble très positifs. Ces éléments appuient la conclusion selon laquelle il est important, tant sur le plan culturel que stratégique, de les inclure dans les programmes de SMI, plutôt que de les en exclure. Deuxièmement, en ce qui concerne l'opinion selon laquelle les grand-mères sont trop vieilles pour apprendre et pour changer, dans les trois environnements en question, la majorité des grand-mères, qui étaient presque toutes analphabètes, se sont révélées capables d'apprendre de nouvelles choses lorsqu'on utilisait une approche de communication et d'apprentissage basée sur le respect et le dialogue. A cet égard, dans tous les environnements, la majorité des grand-mères étaient très ouvertes à l'idée d'associer les «nouvelles» et «vieilles» pratiques, même si cela signifiait abandonner certaines de leurs traditions.

Conclusions

Dans la plupart des programmes de SMI au niveau communautaire, l'attention portée aux réalités culturelles et au lien critique entre ces réalités et les priorités de développement technique est insuffisante. Les facteurs culturels sont souvent adressés de manière superficielle et considérés comme des obstacles à franchir. Parmi les chercheurs en SMI, ceux qui planifient les programmes, les responsables et les agents sur le terrain, une attention limitée est généralement accordée aux *systèmes culturels*, dans lesquels s'inscrivent toutes les familles et tous les individus, et qui sont à la base des rôles, stratégies et ressources définis culturellement et utilisés par les communautés pour encourager le bien-être des femmes et des enfants.

Du point de vue du développement durable, développer des approches programmatiques capables de renforcer les systèmes communautaires et socio-culturels existants est essentiel. Dans le domaine de la santé au niveau international, développer des stratégies de développement qui s'appuient sur les réalités et ressources culturelles tout en contribuant simultanément à une amélioration en termes de résultats sur la santé représente un défi majeur. La méthodologie incluant les grand-mères décrite ici est un exemple d'approche pertinente au niveau culturel qui contribue à des résultats positifs du point de vue sanitaire.

Les preuves quantitatives et qualitatives apportées par les trois sites au Laos, Mali et Sénégal, où la méthodologie incluant les grand-mères a été utilisée, soutiennent la conclusion selon laquelle une approche d'apprentissage et de mobilisation des communautés contribue à renforcer les stratégies de SMI familiale et communautaire. Je pense que ces résultats positifs peuvent être attribués aux deux aspects fondamentaux de cette méthodologie: tout d'abord, au fait qu'elle s'appuie sur le rôle culturellement défini des grand-mères au niveau de la SMI, et deuxièmement au fait que cette approche participative de renforcement des capacités conforte l'aptitude des membres et groupes de la communauté à décider par eux-mêmes comment faire face aux nombreux aspects problématiques de la santé et du bien-être des femmes et des enfants. Nous discuterons de ces deux aspects fondamentaux plus avant.

Dans la plupart des cas, les programmes de développement dans les sociétés non occidentales négligent l'importance du rôle attribué aux anciens par l'environnement socioculturel de conseillers et superviseurs des jeunes générations. De nombreux programmes assument que la meilleure façon d'introduire des informations nouvelles et un changement au sein de contextes culturels est de se concentrer sur les membres plus jeunes de la société. Dans cette approche prédominante des programmes de SMI au niveau mondial, l'accent se porte sur les jeunes femmes, et de temps à autre, sur leurs maris. Par contraste, la méthodologie incluant les grand-mères accorde un rôle primordial aux femmes âgées, ou grand-mères, pour refléter leur rôle en tant que conseillères de la famille sur les questions de SMI. A en voir les réactions très positives rencontrées de la part des grand-mères, membres de la famille, chefs de communauté et du personnel des agences sanitaires et de développement, il semble que la pertinence culturelle de cette méthodologie soit un facteur majeur

pour susciter l'intérêt, l'appropriation et l'apprentissage communautaire. Comme l'a déclaré un chef de communauté au Mali: «La stratégie a reconnu l'expérience des grand-mères et leur a concédé un rôle central, ce qui reflète notre réalité africaine. C'est ainsi que les programmes devraient être développés». Un autre bénéfice apporté par la participation de ces ressources culturelles autrefois inexploitées est que l'engagement intrinsèque des grand-mères à promouvoir le bien-être des jeunes générations s'en est trouvé renforcé.

Un second aspect important de la méthodologie incluant les grand-mères qui semble expliquer la réceptivité et l'apprentissage des communautés est l'approche participative et de renforcement des capacités. Les caractères essentiels de cette approche incluent: reconnaissance publique du savoir et de l'expérience des grand-mères par l'intermédiaire de moyens variés tels que les chansons de louanges; établissement de relations de communication horizontale entre les personnels du développement, les grand-mères, et les autres membres de la communauté, et encouragement du dialogue et du partage d'opinions sur les questions clés de SMI; renforcement des compétences des agents de développement pour respecter et faire participer les grand-mères en tant que partenaires; usage d'instruments de communication culturellement adaptés, notamment les contes, les chansons, les danses et les discussions de groupe; usage des instruments qui présentent les problèmes, notamment les contes sans fin, pour encourager à la discussion collective tant sur les expériences vécues que sur les informations nouvelles concernant la SMI; encourager les membres de la communauté à décider si et comment associer les pratiques anciennes et modernes; accroître les connaissances et la confiance des grand-mères au travers d'activités participatives de communication effectuées avec les réseaux de grand-mères; et renforcer et développer le rôle des réseaux de grand-mères et des grand-mères leaders en tant que promoteurs de la SMI au niveau communautaire.

La pertinence culturelle de la méthodologie incluant les grand-mères se base, d'une part, sur le fait que les grand-mères, qui sont nommées, de par la culture, conseillères en SMI, jouent un rôle primordial, et d'autre part, sur l'approche globale du renforcement des capacités et de délégation de l'autorité qui reconnaît et s'appuie sur les valeurs de la communauté, les opinions, les modes traditionnels de communication, l'organisation sociale et le leadership. Les expériences effectuées au Laos, Sénégal et Mali en utilisant cette méthodologie soutiennent la conclusion selon laquelle la pertinence culturelle de cette approche suscite l'intérêt, l'engagement et l'appropriation communautaire de ce processus, et ceci, à son tour, contribue à une efficacité plus grande du programme.

Dans les divers environnements culturels où la méthodologie incluant les grand-mères a été utilisée pour adresser des questions spécifiques de SMI, la réaction des grand-mères a été incroyablement positive, leur participation active, et elles étaient prêtes à considérer de nouvelles pratiques liées à la SMI. En raison de la similarité dans les rôles centraux joués par les grand-mères au sein de la famille et de la communauté dans les sociétés non occidentales et de l'intérêt interculturel suscité par les instruments participatifs de communication utilisés pendant ces expériences, je crois que la méthode générique peut être utilisée de manière efficace dans beaucoup d'autres contextes culturels du monde en voie de développement.

Dans les expériences rapportées ici, la méthodologie incluant les grand-mères a été utilisée pour adresser des questions variées de SMI. Je crois que la méthodologie générique peut être utilisée tout aussi efficacement pour répondre à une variété d'autres problèmes/questions comprenant les mutilations génitales féminines, le développement de la petite enfance, la fréquentation des filles à l'école, les mariages à un âge trop jeune, la prévention et les soins du VIH/SIDA, et la question générale des droits des enfants.

Un des défis jusqu'ici non résolu des programmes de santé et de développement de par le monde est comment entretenir la motivation des personnes ressources de la communauté pour promouvoir des pratiques de santé communautaires optimales. Dans les communautés où une *ressource culturelle inexploitée*, les grand-mères, a participé activement aux activités participatives d'apprentissage et de renforcement des capacités, leur intérêt et capacité à apprendre et à intégrer des pratiques «modernes» à leur répertoire de pratiques de SMI a été documenté, et on a pu observer une augmentation de leur confiance dans leur rôle de conseillères. Ajoutée à leur engagement intrinsèque à promouvoir le bien-être des jeunes générations, cette preuve suggère qu'elles constituent une ressource très prometteuse et potentiellement durable pour la promotion de la SMI au sein de la communauté, et ce à travers toutes les cultures.

Références

- 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 grandmother 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, pages 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, pages 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, pages 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, pages 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, pages 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, pages 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, pages 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, pages 191-214.

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, pages 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 2004a *Recognising Culture: A series of briefing papers on culture and development*. Paris, UNESCO.

UNFPA 2004b, *Working from Within: Culturally-Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York, UNFPA.

UNFPA 2004. *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, pages 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.