Programme de Promotion Intégrée de
Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori

PROSAF

Rapport final

11 janvier 1999 – 10 janvier 2004

Agence des États-Unis pour le Développement International
Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori
Ministère de la Santé Publique du Bénin

Table des matières

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX iv

ACRONYMES v

RÉSUMÉ ANALYTIQUE vii

INTRODUCTION 1

Approches de mise en œuvre

LA VISION DU PROSAF 6

PRINCIPAUX RÉSULTATS ET APPROCHES 9

Données résumant les accomplissements 9

Approches de la mise en œuvre 9

Niveaux communautaire et familial

RÉALISATIONS 19

Niveau départemental 19

Niveau de la zone sanitaire 34

Niveau du centre de santé 49

Niveaux de la communauté et de la famille 62

DÉFIS ET OPPORTUNITÉS 79

ANNEXE 81

Appendice 1: Indicateurs du plan de monitorage de la performance du PROSAF 81

Appendice 2: Liste des documents et outils préparés durant le PROSAF 86

Appendice 3: Résumé de la participation à la formation 88

Liste des figures et tableaux

Figures

Figure 1. Vue d'ensemble de l'amélioration de la qualité 7
Figure 2. Amélioration de la qualité dans une optique de systèmes . . .10
Figure 3. Le triangle de l'assurance de qualité. 12
Figure 4. Amélioration de la performance par le renforcement des capacités: un processus continu 15
Figure 5. Le cycle de la gestion 17
Figure 6. Livret de Santé de l'Enfant. 28
Figure 7. La main de la vaccination 28
Figure 8. Performance en gestion des commandes de produits de santé familiale 34
Figure 9. Performance des équipes d'encadrement de zones sanitaires pour la mise en œuvre des activités programmées 37
Figure 10. Disponibilité des produits de santé familiale dans les centres de santé. 39
Figure 11. Performance des équipes d'encadrement de zones sanitaires pour la supervision des centres de santé 41
Figure 12. Progression de l'offre du paquet minimum de services de santé familiale 54
Figure 13. Performance des prestataires de services pour les principales composantes de la santé familiale. 57
Figure 14. Disponibilité du paquet minimum de services de planification familiale 61
Figure 15. Indice de performance des COGEC dans les zones de concentration 65
Figure 16. Indice de performance des comités villageois de santé 66
Figure 17. Couverture des services à base communautaire dans les zones de concentration. 68
Figure 18. Tendance pour la couverture adéquate de la consultation prénatale dans la zone sanitaire de Bembèrèkè/Sinendé. . . 72
Figure 19. Connaissances en santé familiale parmi les familles et les communautés du Borgou/Alibori 75

Tableaux

Tableau 1. Principaux résultats en matière de santé familiale 9
Tableau 2. Composantes des services de santé et sous-systèmes d'appui à la gestion 11
Tableau 3. Indices de la performance des EEZS. 45

Acronymes

ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AGR	Activité génératrice de revenu
AmQ	Amélioration de la qualité
AQ	Assurance de qualité
ASBC	Agent de services à base communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCC	Communication pour le changement de comportement
CIP	Communication interpersonnelle
CLUSA	Cooperative League of the USA
COGEC	Comité de gestion de la commune
COGES	Comité de gestion de la sous-prefecture
CRS	Catholic Relief Services
CVS	Comité villageois de santé
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DPP	Direction de la Planification et de la Programmation
DSF	Direction de la Santé Familiale
EDS	Enquête Démographique et de la Santé
EEZS	Équipe d'encadrement de zone sanitaire
EQGSS	Évaluation de la Qualité de la Gestion du Système sanitaire
ERPA	Évaluation Rapide de la Performance des Agents
IEC	Information, éducation et communication

IST	Infection sexuellement transmissible
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PBA	Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PO	Protocole d'accord
PPO/ZOPP	Planification par Objectifs
PROSAF	Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

CE rapport final consacré au Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori (PROSAF) met en lumière les principales réalisations obtenues dans le cadre d'un contrat de cinq ans financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). De 1999 à 2004, PROSAF a travaillé en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique du Bénin (MSP) sur l'exécution de programmes à tous les niveaux du système de santé—du niveau de la communauté et de la famille, au niveau central—dans deux départements sanitaires du pays, le Borgou et l'Alibori. Le PROSAF avait pour objectif principal d'accroître, dans ces deux départements, l'utilisation des services de santé familiale et le recours à des mesures de prévention dans un environnement propice.

Pour parvenir à cet objectif, les activités du PROSAF se sont concentrées sur l'amélioration de la planification et de la coordination; l'amélioration de l'accès aux services et aux produits de santé; le renforcement des capacités des agents de santé à fournir des services de qualité; la dissémination d'une information sur les comportements sains; et l'incitation des communautés à participer à la prise de décisions concernant les services de santé à leur disposition. Travaillant étroitement avec la Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP), le PROSAF a fourni une formation, une supervision et un coaching aux équipes d'encadrement de zone sanitaire (EEZS) en mettant l'accent sur la planification, le monitorage, la gestion des ressources financières et l'amélioration des soins cliniques dans les établissements dont ces équipes sont responsables. Grâce en partie aux efforts de PROSAF pour renforcer les capacités, améliorer l'organisation des services et rénover plusieurs établissements de santé, plus de 50% de la population du Borgou/Alibori a maintenant accès à un paquet minium de services de santé familiale. Le soutien du PROSAF à l'organisation et à la construction d'un entrepôt départemental, parallèlement

à la formation en gestion de la logistique du personnel de cette structure, a accru la disponibilité de produits de santé familiale. Par la création et le déploiement d'une équipe régionale de formation et l'utilisation d'un coaching sur le tas, la performance des agents de santé s'est nettement améliorée, en particulier pour les soins prénatals, la planification familiale et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). La demande de services et de produits de santé familiale a progressé grâce à la collaboration du PROSAF avec les médias traditionnels et des stations de radio locales pour modifier les comportements et les croyances en matière de santé. De ce fait, le taux de prévalence de la contraception (TPC) a presque triplé et le nombre d'enfants totalement vaccinés avant leur premier anniversaire a progressé de 37%.

La mise en œuvre de ces diverses activités s'appuyait sur plusieurs concepts fondamentaux qui ont garanti une approche homogène tout au long du projet. En premier lieu, le PROSAF a employé une approche de systèmes axée sur l'amélioration des processus utilisés pour dispenser des services de santé, plutôt que sur l'amélioration en priorité des intrants (par exemple, la formation des agents de santé, l'amélioration de l'infrastructure) pour obtenir un changement ou une amélioration en ce qui concerne les extrants du système de santé. Les principaux processus sont notamment une meilleure organisation des soins cliniques et préventifs, et le renforcement des services de soutien tels que la supervision, la planification et le monitorage, ainsi que la logistique. En deuxième lieu, le PROSAF a mis l'accent sur l'instauration d'une culture de la qualité dans l'ensemble du système de santé—de la prestation de services à la gestion. Ce résultat a été rendu possible par l'introduction de la gestion de la qualité et par la recherche d'une amélioration continue en utilisant les données du monitorage de routine. Dans

un troisième temps, l'approche globale du PROSAF pour le renforcement des capacités a inclus le coaching sur le lieu de travail et la supervision du suivi qui ont renforcé les nouvelles compétences et incité les apprenants à appliquer leur nouveau savoir-faire. Enfin, une approche participative a été intégrée à toutes les activités du projet pour encourager les membres de la communauté à s'impliquer dans la gestion des services de santé primaires, à émettre des suggestions et à œuvrer pour les améliorations, tant dans les centres de santé qu'au niveau de leur communauté. Le PROSAF a réussi à établir des relations de travail étroites avec les homologues de tous les niveaux, et à inciter les bailleurs de fonds à collaborer.

Le présent rapport fait la synthèse des résultats obtenus durant la période de mise en œuvre de cinq ans. Le document est agencé autour des principaux échelons du système de santé, à commencer par le niveau départemental, suivi du niveau des zones sanitaires, puis des centres de santé et des communautés. Comme les pages suivantes le montreront, l'engagement sans faille du PROSAF à parvenir à ses objectifs et sa volonté d'établir un esprit de collaboration se sont traduits par de nombreux accomplissements d'une vaste portée. Bien que le parcours n'ait pas été exempt de défis et d'obstacles, les efforts du PROSAF pour le compte du MSP du Bénin et de l'USAID ont jeté les bases de changements futurs dans le système de santé du Borgou/Alibori. De 2004 à 2006, la Phase de Transition du PROSAF, un contrat de deux ans de l'USAID, permettra de consolider les acquis du PROSAF en étendant ses activités et en travaillant la main dans la main avec la DDSP pour pérenniser les réalisations du projet; et elle servira de base pour un changement et des progrès continus vers une meilleure santé.

INTRODUCTION

Dans le cadre d'un contrat de cinq ans de l'USAID/Bénin, le Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori (PROSAF) a activement aidé le Ministère de la Santé Publique (MSP) à accroître, dans ces deux départements du Borgou et de l'Alibori, l'utilisation des services de santé familiale et le recours à des mesures de prévention dans un environnement propices, de 1999 à 2004.

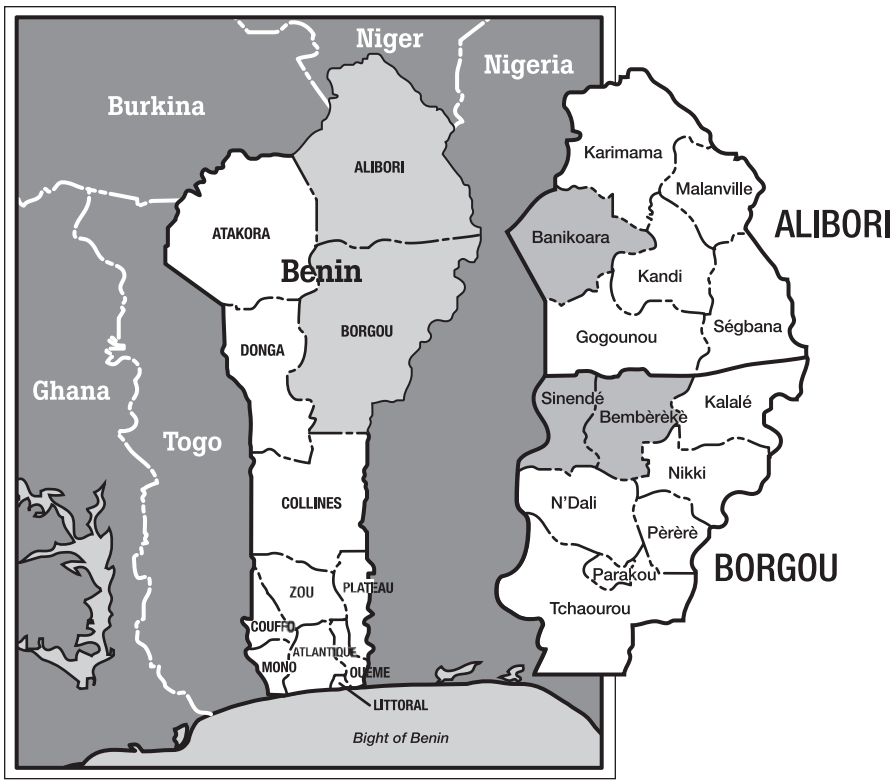
Situés dans le nord du Bénin, le Borgou et l'Alibori (Borgou/Alibori) représentent presque la moitié de la superficie du pays et environ 20% de sa population. Ces départements ont été retenus en raison de la gravité de leurs problèmes de santé par rapport au reste du pays.

Pendant toute la durée de vie du projet, le PROSAF a travaillé en étroite collaboration avec la direction de la santé au niveau départemental ou régional afin d'élaborer des activités dans le droit fil des priorités du MSP visant à améliorer les services de santé familiale, de prévention et de prise en charge des maladies prioritaires, et la gestion des services de santé par le renforcement des capacités et le développement des zones sanitaires. Une autre priorité importante du gouvernement—qui est devenue une composante majeure du PROSAF—a été d'impliquer davantage les communautés dans les soins de santé. Le PROSAF a également appuyé le travail d'organisations non gouvernementales (ONG).

Un consortium de quatre organisations a été chargé de la mise en œuvre du PROSAF. University Research Co., LLC (URC), le maître d'œuvre, était responsable de la direction technique et administrative dans son ensemble et de la gestion d'une équipe de trois sous-traitants. L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) a travaillé sur l'amélioration de l'accès aux services et produits de santé familiale dans la zone du programme, mettant à profit son expérience en services de planification familiale et infections sexuellement transmissibles/virus d'immunodéficience humaine (IST/VIH) dans tout le Bénin. La Cooperative League of the USA (CLUSA) a apporté son expertise en formation innovante et habilitation des organisations communautaires pour qu'elles participent à la gestion des services de santé locaux. Le Program for Appropriate Technology in Health (PATH) a appuyé les activités visant à infléchir les comportements des prestataires et des communautés pour parvenir à une meilleure santé.

S'appuyant sur les forces de chacun des partenaires du consortium, le PROSAF s'est intéressé à cinq catégories d'activités distinctes mais complémentaires, ou paquets de résultats, pour améliorer les services de santé familiale.

Amélioration de la planification et de la coordination en matière de santé: La planification et la coordination sont des fonctions de gestion essentielles qui doivent être exécutées de manière systématique et stratégique pour avoir un impact positif et significatif sur le système de santé. Pour ce faire, le PROSAF s'est concentré sur l'assistance aux départements et aux zones sanitaires pour qu'ils affinent leurs processus de planification et qu'ils renforcent la coordination des activités entre tous les programmes et centres de santé.



Amélioration de l'accès aux services de santé familiale, notamment la planification familiale, la santé maternelle et infantile et les IST/VIH: Les communautés et les familles doivent avoir accès à des services de santé familiale et pouvoir communiquer ouvertement avec les agents de santé, de préférence dans leur propre langue. Le PROSAF a introduit un paquet minimum de services de santé familiale et a travaillé avec les prestataires pour améliorer la communication interpersonnelle et les connaissances en langues locales.

Renforcement de la capacité des agents de santé à fournir des services de qualité: Tous les agents de santé doivent être bien formés et capables de proposer un paquet intégré de services de

santé, conformément aux directives cliniques du niveau national. Ils doivent aussi être capables d'effectuer un monitorage de leur propre travail et d'apporter des améliorations constantes, le cas échéant. Le PROSAF a fourni une formation, un coaching et une supervision aux agents de santé, mettant l'accent sur l'assurance de qualité (AQ).

Amélioration des connaissances et des comportements qui encouragent l'utilisation des services de santé familiale, de produits et des mesures de prévention: Tant les communautés que les prestataires doivent avoir les connaissances, l'information et le matériel nécessaires pour pouvoir faire des choix pertinents en matière de soins, et les communautés doivent assumer la responsabilité des comportements de leurs membres. Le PROSAF s'est employé à disséminer des messages culturellement appropriés sur les questions de santé essentielles, au moyen de diverses filières de communication.

Plus grande implication du public dans la planification et la prestation de services de santé et de mesures de prévention au niveau communautaire dans les régions choisies: Les centres de santé doivent être activement soutenus par les familles et par les organisations communautaires qu'ils desservent. Le PROSAF a travaillé au renforcement des capacités des communautés pour qu'elles jouent un rôle actif pour la prestation et la gestion de services de soins de santé dans leur secteur.

Le PROSAF a exécuté des activités dans toutes les sept zones du Borgou/Alibori avec une mobilisation communautaire plus

intensive et des initiatives d'AQ dans deux des zones, Banikoara et Sinendé/Bembèrèkè (voir carte), appelées *zones de concentration.*

Le présent rapport résume les approches, les activités et les résultats du travail du PROSAF dans le Borgou/Alibori. Il commence par une brève description de la vision du PROSAF pour ce qui est attendu à chaque niveau du système de santé, puis il décrit les approches clés qui ont débouché sur les principales réussites du projet. Ensuite, il met en évidence les grandes réalisations à chacun des échelons du système de santé. Enfin, il présente certains défis à relever pour le projet, il suggère des solutions pour surmonter ces obstacles et conclut sur des opportunités pour la continuation du travail dans la région.

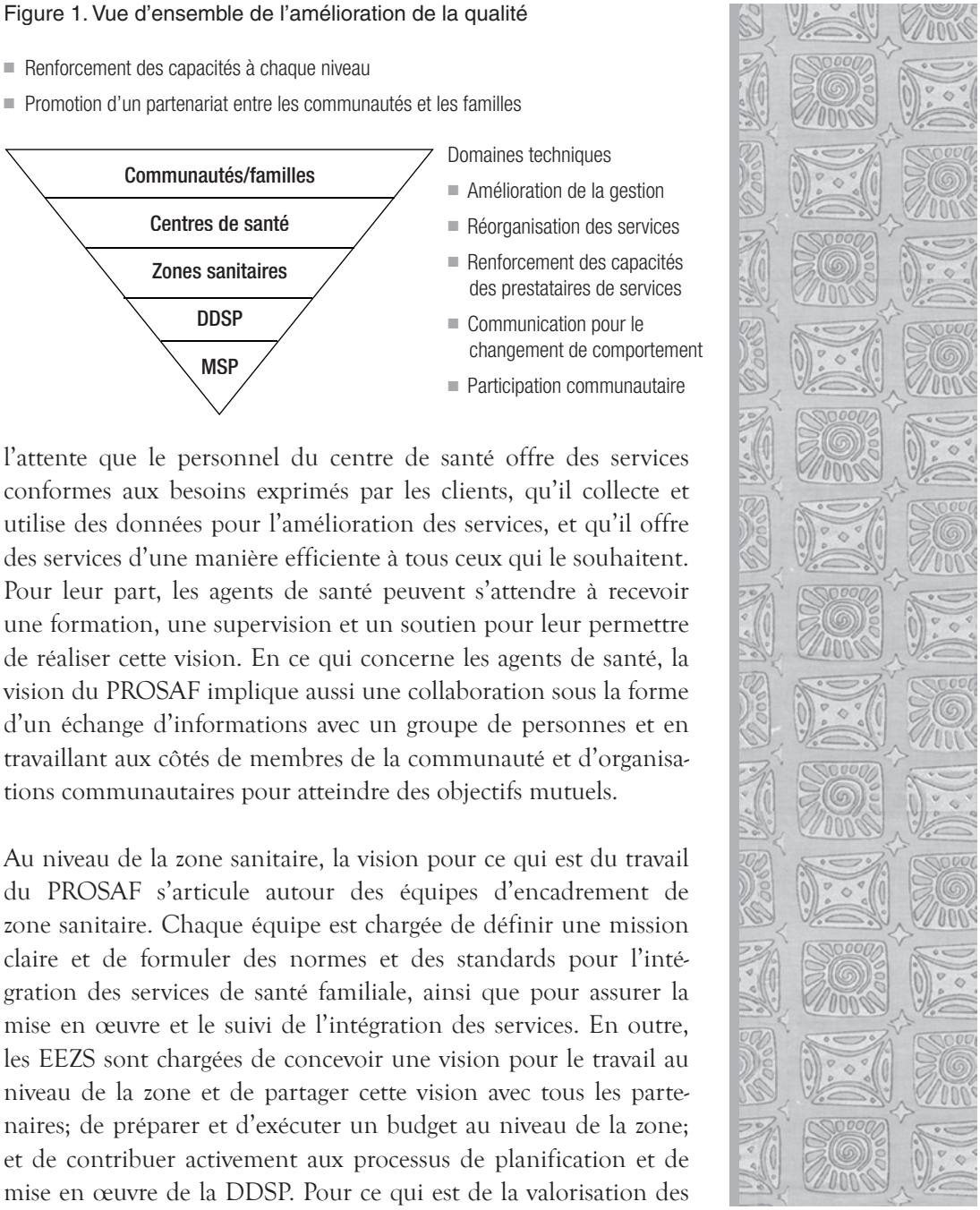
LA VISION DU PROSAF

La vision du PROSAF pour ce qui est des services intégrés, de qualité, s'articule autour de quatre niveaux distincts: la famille, la communauté et les organisations à base communautaire; les prestataires de soins de santé et les centres de santé; les équipes d'encadrement de zone sanitaire (EEZS); et la Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP). L'assistance technique a été adaptée pour chaque niveau. Au niveau de la famille et de la communauté, l'assistance du PROSAF s'est concentrée sur la promotion de comportements sains et de services à base communautaire. En ce qui concerne les organisations communautaires, on a insisté sur la mobilisation et les activités d'éducation pour la santé. L'appui aux agents de santé et aux centres de santé a ciblé la formation, l'approvisionnement et la supervision. Aux niveaux des EEZS et de la DDSP, on a recherché des améliorations dans la planification et le suivi.

La vision de la réussite aux niveaux de la famille et de la communauté inclut les objectifs suivants: l'accès aux services, une sensibilisation et une responsabilité accrues pour les bonnes pratiques de santé, et la fourniture de ressources financières adéquates. L'accès désigne la disponibilité de tous les services de qualité offerts dans un environnement confortable. La responsabilité à ce niveau signifie qu'il incombe aux gens pris individuellement, aux familles et aux communautés, d'utiliser des services de santé lorsqu'il y a lieu de le faire, de chercher activement à obtenir une information sur les questions sanitaires, et de faire connaître leurs attentes en matière de santé. Les ressources financières sont souvent minces et il convient donc que les services soient d'un coût abordable. Enfin, la communauté doit pouvoir compter sur des ressources financières suffisantes pour effectuer les changements nécessaires dans le système de santé.

La vision au niveau du centre de santé inclut un engagement à fournir des services de qualité, à améliorer les compétences, la collaboration et la motivation. Au centre de cette vision, il y a

Figure 1. Vue d'ensemble de l'amélioration de la qualité



l'attente que le personnel du centre de santé offre des services conformes aux besoins exprimés par les clients, qu'il collecte et utilise des données pour l'amélioration des services, et qu'il offre des services d'une manière efficiente à tous ceux qui le souhaitent. Pour leur part, les agents de santé peuvent s'attendre à recevoir une formation, une supervision et un soutien pour leur permettre de réaliser cette vision. En ce qui concerne les agents de santé, la vision du PROSAF implique aussi une collaboration sous la forme d'un échange d'informations avec un groupe de personnes et en travaillant aux côtés de membres de la communauté et d'organisations communautaires pour atteindre des objectifs mutuels.

Au niveau de la zone sanitaire, la vision pour ce qui est du travail du PROSAF s'articule autour des équipes d'encadrement de zone sanitaire. Chaque équipe est chargée de définir une mission claire et de formuler des normes et des standards pour l'intégration des services de santé familiale, ainsi que pour assurer la mise en œuvre et le suivi de l'intégration des services. En outre, les EEZS sont chargées de concevoir une vision pour le travail au niveau de la zone et de partager cette vision avec tous les partenaires; de préparer et d'exécuter un budget au niveau de la zone; et de contribuer activement aux processus de planification et de mise en œuvre de la DDSP. Pour ce qui est de la valorisation des

ressources humaines, les EEZS sont chargées de la conception de programmes de formation basés sur les normes et les standards en vigueur, et de la formation approfondie des agents de santé dans leurs zones respectives. Une fois les agents formés, les EEZS doivent assurer une supervision et un suivi appropriés pour veiller à ce que le paquet minimum de services de santé familiale soit offert et qu'il soit fourni conformément aux normes et aux standards établis. Les EEZS sont aussi censées maîtriser les approches d'AQ et être capables de transférer ces compétences aux agents de santé par la formation et le coaching. Pour ce qui est de la gestion, les EEZS sont essentiellement chargées de gérer efficacement les ressources humaines, financières et matérielles, et de veiller à ce qu'elles soient équitablement réparties entre leurs zones respectives. Les EEZS ont l'occasion de profiter de leur travail en équipe et elles sont censées encourager une collaboration parmi les homologues et motiver les agents de santé pour qu'ils réussissent.

La vision du PROSAF pour le niveau de la DDSP commence par la définition d'une mission claire et d'une politique, notamment des normes et des standards, pour l'intégration des services de santé familiale. À l'instar des EEZS, il incombe à la DDSP de partager sa vision avec tous les niveaux du système de santé. La responsabilité principale de la DDSP est de s'assurer que les EEZS ont les ressources, les compétences et l'information nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités, en leur fournissant des ressources, une formation, une supervision et un coaching. La DDSP doit contribuer aux processus de planification et à la mise en œuvre au niveau central, à savoir le MSP. En outre, la DDSP devrait s'employer à gérer les ressources départementales de manière efficace et s'assurer qu'elles soient équitablement reparties sur l'ensemble du département. La DDSP doit aussi encourager un esprit d'équipe et une collaboration entre tous ceux qui œuvrent pour améliorer le système de santé dans le Borgou/Alibori.

PRINCIPAUX RÉSULTATS ET APPROCHES

Données résumant les accomplissements

Tableau 1. Principaux résultats en matière de santé familiale

Indicateurs	Départ (EDS 1996)	CAP 2000	CAP 2002
Prévalence de la contraception	3%	7%	11%
Allaitement maternel exclusif	19%	52%	61%
Enfants complètement vaccinés	41%	37%	56%
Thérapie de réhydratation orale	29%	15%	61%
Recours à des services (fièvre enfant)	45%	49%	55%

Note: EDS signifie Enquête Démographique et de la Santé; CAP est l'abréviation de connaissances, attitudes et pratiques.

Les résultats de tous les vingt-sept indicateurs suivis par le PROSAF dans le cadre du Plan de Monitorage de la Performance sont présentés à l'Appendice 1.

Approches de mise en œuvre

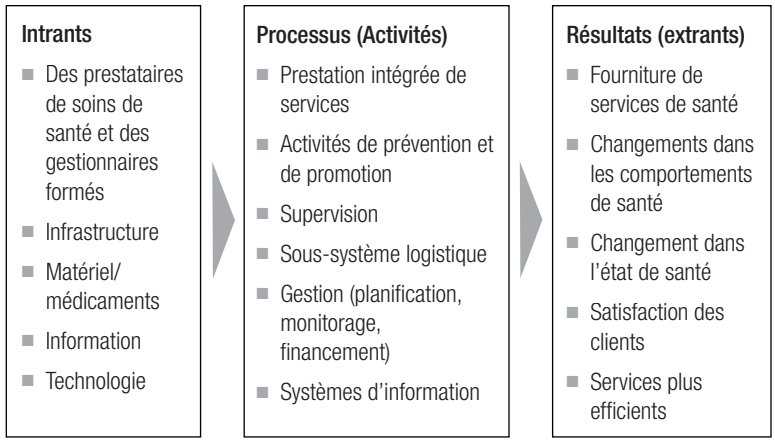
Le PROSAF a utilisé plusieurs approches pour guider la mise en œuvre des activités. Résumées ci-après, elles comprennent une approche de systèmes pour améliorer la performance des soins de santé, les méthodes d'assurance de qualité, le renforcement des capacités par un monitorage constant et le coaching, le perfectionnement de la gestion, ainsi que la collaboration et les partenariats. Ces approches ont été utilisées pendant toute la durée du projet et appliquées à différentes composantes pendant le processus de mise en œuvre.

Approche de systèmes

L'approche de systèmes est à la base de la conception et la mise en œuvre des activités du PROSAF. Elle souligne l'importance de

la compréhension et de l'amélioration des processus qui lient les ressources aux résultats. Il est essentiel de considérer la performance du système comme un tout—des ressources nécessaires (c'est-à-dire les intrants) pour les activités effectuées (c'est-à-dire les processus). Les intrants et les processus qui répondent aux standards définis en commun assurent ou améliorent la qualité des soins de santé (extrants/résultats).

Figure 2. Amélioration de la qualité dans une optique de systèmes



Le modèle de systèmes facilite également la définition de standards de soins optimum, en fonction des ressources disponibles. Au lieu de se focaliser sur l'inadéquation des ressources—qu'il s'agisse des faiblesses au niveau de la formation, du matériel ou des ressources—, le personnel et les gestionnaires des soins de santé au Bénin se sont employés à définir une utilisation optimale des ressources disponibles et à faire en sorte que toutes les activités et tous les processus soient en phase pour qu'on puisse tirer le maximum de ces ressources. Le Tableau 2 présente les principaux services de santé et les sous-systèmes d'appui à la gestion qui, pris ensemble, constituent le système de santé dans le Borgou/Alibori.

Le PROSAF a appuyé l'amélioration du paquet minimum de services de santé familiale, qui a neuf composantes différentes (voir Tableau

Tableau 2. Composantes des services de santé et sous-systèmes d'appui à la gestion

Composantes des services de santé	Sous-système d'appui à la gestion
Soins prénatals	Planification
Accouchement	Coordination
Soins postnatals	Information
Soins à l'enfant en bonne santé	Logistique/approvisionnement
Vaccinations	Organisation clinique/services
Nutrition	Formation
Soins curatifs	Supervision
Planification familiale	CCC/IEC
	Ressources humaines
	Ressources financières
	Participation communautaire

2). Pour que ces éléments soient offerts d'une manière efficiente à tous les clients, un modèle de services intégré a été élaboré pour faire en sorte que tous les services soient offerts de façon proactive à chaque client et qu'aucune opportunité ne soit manquée.

En plus des sous-systèmes cliniques, il y a onze sous-systèmes de gestion qui, ensemble, constituent le noyau des systèmes de soutien de l'organisation départementale de la santé. L'amélioration de la performance de chacun de ces sous-systèmes était l'un des principaux buts recherchés.

Assurance de qualité

L'assurance de qualité (AQ) a été un élément fondamental de la stratégie de mise en œuvre du PROSAF. L'approche d'AQ n'est pas un volet distinct ni une série d'actions séparées, fonctionnant de manière indépendante. Elle crée plutôt une culture de la qualité au sein du système de santé et des communautés, et elle formule des

Figure 3. Le triangle de l'assurance de qualité

définitions et des approches communes en vue d'une amélioration. Toutes les activités du PROSAF ont été basées sur quatre principes fondamentaux de l'AQ: 1) l'importance de l'optique et des besoins des clients, 2) une perception des soins de santé comme étant des processus et systèmes, 3) l'utilisation de données pour tester les changements, et 4) le travail en équipe et l'utilisation de données dans la prise de décisions.

Pour améliorer la performance des services de santé, l'AQ comprend trois catégories essentielles d'activités: la définition de la qualité, la mesure de la qualité et l'amélioration de la qualité. La Figure 3 illustre l'interdépendance entre ces catégories d'activités d'AQ; ces trois catégories sont toutes importantes et elles se renforcent mutuellement. Il n'y a pas une manière unique d'aborder l'AQ. L'utilisation de la méthodologie d'AQ a permis d'obtenir des résultats conséquents qu'on peut regrouper en trois grandes catégories d'activités, comme on peut le voir ci-dessous.

Pour pouvoir mesurer la qualité de la performance, chaque composante ou sous-système doit avoir des normes et des standards bien définis. Le PROSAF a fourni une assistance au MSP pour concevoir ou actualiser des standards, une fonction de "définition de la qualité" telle que celle utilisée à la Figure 2. Cette assistance est allée de l'établissement de standards pour la PCIME, les soins obstétricaux d'urgence et les systèmes de logistique à la formulation de standards relatifs à la gestion financière et aux services

Activité d'AQ	Exemples d'activités entreprises
Définition de qualité	Participation à l'élaboration de standards pour les soins obstétricaux
	Participation à l'adaptation du protocole de PCIME aux conditions locales
	Formulation de directives pour la gestion de la logistique
	Élaboration de directives pour la gestion de l'équipe de la DDSP
	Définition des rôles et des responsabilités des agents de santé à base communautaire
Mesure de qualité	Élaboration d'une liste de contrôle intégrée de la supervision
	Participation à l'élaboration d'une carte des scores de santé
	Initiation des communautés à la collecte et l'analyse des données de santé
	Travail avec les centres de santé sur l'utilisation de données pour identifier les problèmes et pour mesurer l'amélioration
	Aide à l'amélioration du SNIGS
Amélioration de qualité	Formation et soutien des équipes de résolution de problèmes des communautés et des centres de santé
	Formation portant sur les nouveaux standards, au moyen d'un programme de formation intégré
	Enseignement de langues locales aux agents de santé pour une meilleure communication avec les clients
	Élaboration d'aides de travail en langues locales, d'un emploi facile pour les utilisateurs et les prestataires

de santé à base communautaire. Une importance particulière a été accordée au renforcement des capacités pour mesurer la qualité. En plus de renforcer le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), le PROSAF a introduit plusieurs outils importants pour permettre aux gestionnaires et aux prestataires des soins d'évaluer leurs propres performances (voir encadré sur les outils du PROSAF pour mesurer la qualité). Ces outils comprenaient l'évaluation de la gestion et de la qualité des soins ainsi que l'évaluation rapide de la performance clinique qui sont devenues officiellement des outils importants du suivi périodique. Par ailleurs, chaque zone sanitaire a maintenant un tableau de bord permettant à l'équipe de gestion de passer en revue tous les mois la performance des principaux indicateurs et de prévoir des activités en conséquence.

Enfin, la revitalisation du système de supervision, en privilégiant la résolution de problèmes et le travail en équipe, apporte un soutien continu aux agents de santé pour améliorer la qualité—le troisième angle du triangle de l'AQ.

Outils du PROSAF pour mesurer la qualité

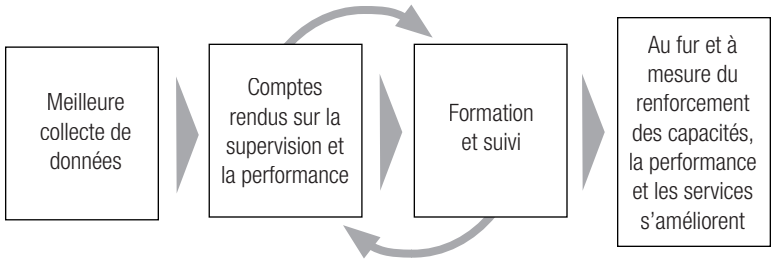
- Évaluation de la qualité de la gestion du système de santé (EQGSS)
- Enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP)
- Tableau de bord à utiliser aux niveaux du département et de la zone
- Évaluation rapide de la performance des agents de santé (ERPA)
- Introduction de la supervision formative et renforcement du système de supervision

Toutes les activités d'amélioration au Bénin ont été basées sur des données collectées régulièrement ou obtenues par des évaluations ciblées. Les communautés et les centres de santé ont commencé à analyser et à résoudre conjointement les problèmes de santé prioritaires, et les zones sanitaires ont élaboré des plans d'amélioration en utilisant le tableau de bord ou des données d'évaluation rapide.

Renforcement des capacités

L'approche du PROSAF pour le renforcement des capacités comprend non seulement la formation mais aussi un soutien et un monitorage continus des performances. La démarche commence par le repérage des écarts entre la performance réelle et la performance souhaitée, l'identification des causes des problèmes de performance, et le choix d'une ou plusieurs solutions convenant le mieux pour ces problèmes—tous étant des éléments d'un système amélioré de collecte des données. La formation est l'intervention appropriée dans un seul cas pour améliorer les performances: lorsque l'analyse initiale indique des lacunes dans les connaissances des prestataires. Lorsque la formation ne pouvait pas combler l'écart, le PROSAF a mis l'accent sur un suivi post-formation, la supervision et le coaching en tant qu'éléments tout aussi importants et interdépendants du renforcement des capacités. Le processus établit un circuit de rétroinformation entre formation/suivi et supervision/performance (voir Figure 4). Tant que le circuit de rétroinformation

Figure 4. Amélioration de la performance par le renforcement des capacités: un processus continu



continue de fonctionner, les capacités sont renforcées avec pour résultat une amélioration de la qualité des services. L'aptitude à améliorer la performance et à maintenir des niveaux acceptables de performance parmi le personnel est conditionnée par l'application de ces éléments interdépendants.

Renforcement de la gestion

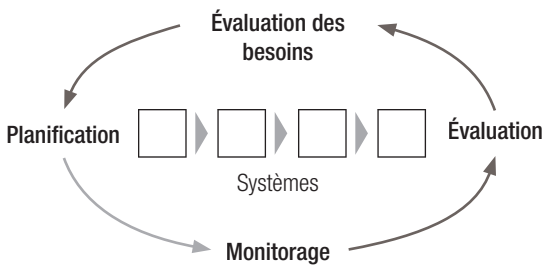
Le PROSAF estime qu'en démontrant les effets des principes modernes de gestion aux parties concernées, ces principes seront incorporés dans les pratiques de gestion desdites parties, renforçant ainsi l'efficacité des organisations et améliorant par la suite la qualité des soins dans le Borgou/Alibori. Les cinq étapes suivantes du renforcement de la gestion ont été utilisées pour tous les sous-systèmes (voir Tableau 2):

1) **Amélioration de l'utilisation des ressources:** Les gestionnaires contrôlent habituellement quatre types de ressources: humaines, matérielles, systèmes et ressources financières. Le PROSAF s'est heurté à des insuffisances dans ces quatre domaines. Dans le contexte des ressources à la disposition du programme, l'assistance a été axée sur l'amélioration de chaque type de ressource. En outre, un effort considérable a été fait pour une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds intervenant dans les deux départements afin d'obtenir

une utilisation plus efficiente des ressources et de réduire les doublons au niveau des investissements.

2) **Maîtrise du cycle de la gestion:** Le cycle de la gestion comprend quatre phases essentielles: l'évaluation des **besoins**, la **planification** pour répondre à ces besoins, le **monitorage** des activités prévues et l'**évaluation** de la performance (Figure 5). La direction des flèches, en sens inverse des aiguilles d'une montre, fait ressortir l'importance de connaître le résultat souhaité avant d'évaluer les besoins. Les carrés à l'intérieur représentent les intrants, les processus, les extrants et les résultats qui constituent tout le système. Le PROSAF a fourni une assistance technique et a renforcé les compétences pour que les gestionnaires soient mieux à même de comprendre et d'employer toutes les phases du cycle de la gestion.

Figure 5. Le cycle de la gestion



3) **Application des principes de la gestion de la qualité:** Le PROSAF a appliqué les principes de la gestion de la qualité dans toutes ses activités, comme en attestent les processus participatifs utilisés pour parvenir à un consensus sur les améliorations désirées, que ce soit pour la gestion, la participation communautaire ou les services cliniques.

La gestion de la qualité repose sur quatre principes fondamentaux:

- Centrage sur le client;
- Compréhension du fait que le travail est un ensemble de processus et de systèmes;
- Expérimentation de changements et insistance sur l'importance d'utiliser des données;
- Travail en équipe.

4) **Application d'un modèle de coaching pour le renforcement des capacités:** Le modèle de coaching pour le renforcement des capacités comporte les éléments suivants:

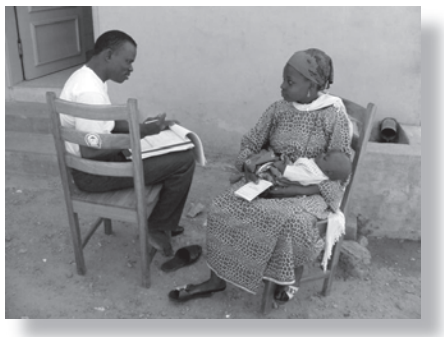
   - Travail en équipe;
   - Respect des principes de gestion;
   - Élaboration de mécanismes de monitorage périodiques;
   - Acceptation de la responsabilité des résultats;
   - Utilisation des techniques d'AQ pour enseigner l'analyse des problèmes et la formulation de solutions;
   - Démonstration du comportement de coaching (par exemple, le personnel du PROSAF et les consultants jouent le rôle de coaches pour l'équipe de la DDSP et ils forment les membres de celle-ci pour qu'ils puissent à leur tour coacher les EEZS).

5) **Introduction de la planification ascendante:** Pour améliorer la planification à tous les niveaux du système de santé et pour accroître la coordination entre les niveaux, le PROSAF a appliqué un processus de planification ascendante dans les zones de concentration de Banikoara et de Bembèrèkè/Sinendé. Ce processus a commencé au niveau de la commune où, à partir de 2000, le COGEC a établi des plans de travail annuels à l'intention des établissements de santé pour la résolution et la prise en charge des problèmes de santé. Ce processus de planification annuel a commencé par un

atelier réunissant des délégués des comités villageois de santé (CVS), des agents de santé, des membres de comités de gestion de commune (COGEC) et d'autres responsables communaux. Lorsque le plan de travail des établissements de santé a été prêt, il a été présenté pour validation à un groupe plus large comprenant notamment des élus locaux, des maires et d'autres représentants de services administratifs; et des membres d'associations. Il a été soumis ensuite pour inclusion dans les plans stratégiques au niveau de la zone. Les EEZS ont, par la suite, facilité les ateliers durant lesquels elles ont adopté des plans de travail annuels élaborés par les COGEC.

Partenariats et collaboration

Le partenariat et la collaboration constituent une autre approche fondamentale appliquée par le PROSAF pour obtenir des résultats et améliorer le système de santé du Bénin. Le PROSAF a activement cherché à établir des partenariats et des relations de collaboration avec ses homologues du MSP, en particulier avec la DDSP. Il a également établi des partenariats et encouragé une collaboration avec d'autres parties concernées dans le Borgou/Alibori, notamment les ONG locales, d'autres organisations financées par l'USAID [par exemple, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), PRIME et DELIVER], les bailleurs de fonds [le Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires (PBA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Banque mondiale, et le Projet Santé Suisse (PSS)]. Le PROSAF croit fermement à l'inclusion des compétences et des ressources de tous les intervenants au Borgou/Alibori pour parvenir à des résultats durables.



RÉALISATIONS

Les principales réalisations obtenues durant le PROSAF sont résumées dans cette section, par niveaux du système de santé—département, zone sanitaire, centre de santé, famille et communauté. Cette présentation permet d'évaluer les progrès accomplis dans l'optique des prestataires et des utilisateurs du système de santé.

Niveau départemental

Résumé des résultats au niveau départemental

Renforcement des capacités de gestion

- Outils d'évaluation de la performance: évaluation de la gestion, ERPA, CAP
- Plan d'amélioration de la gestion au niveau de la DDSP
- Programmes d'études sur le paquet minimum de services de santé familiale, notamment l'AQ, la logistique, la supervision formative, l'offre intégrée de services, les services à base communautaire, la communication interpersonnelle
- Définition et mise en œuvre du processus départemental de formation en cours d'emploi
- Conception, suivi et évaluation des plans stratégiques
- Renforcement des capacités en gestion formative
- Conception et production de supports d'IEC à l'appui des services de santé familiale

Amélioration des compétences

- Introduction des concepts et des approches d'AQ pour le personnel du MSP, de la DDSP, des zones sanitaires et pour le personnel hospitalier
- Création d'équipes départementales de formation
- Constitution de deux équipes de formation en PCIME

Amélioration de la logistique et création d'un entrepôt départemental

- Création d'un entrepôt
- Application des techniques d'amélioration de la qualité à la gestion de la logistique
- Évaluation en continu de la performance de l'entrepôt départemental
- Fourniture d'installations téléphoniques à la DDSP
- Équipment pour la salle de conférence de la DDSP
- Établissement d'un laboratoire d'informatique à la DDSP

Renforcement des capacités de gestion

Outils pour le monitorage de la performance: L'amélioration des services de santé est fonction de la disponibilité de données précises et complètes sur la performance du système et de ses processus. Le PROSAF s'en employé à renforcer l'aptitude de la DDSP à évaluer le système de gestion sanitaire, la performance des agents de santé et les résultats des services de santé sur une base régulière. À cette fin, trois outils importants ont été introduits, à savoir l'Évaluation de la Gestion (EG), l'Évaluation Rapide de la Performance des Agents (ERPA) et l'enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP). L'Évaluation de la Gestion est un ensemble exhaustif d'outils pour évaluer la qualité de la performance des principaux processus du système de santé, notamment les soins cliniques et le système de soutien essentiel, et le niveau d'intégration des soins et des services dispensés aux clients. Cette évaluation très approfondie a été effectuée par deux fois durant les cinq années du contrat et elle a couvert les sept zones du Borgou/Alibori.

L'évaluation porte sur les sous-systèmes suivants :

1. Prestation de services cliniques
2. Planification et systèmes d'information pour la gestion sanitaire
3. Formation et supervision continues
4. Gestion des ressources humaines
5. Logistique et approvisionnement en produits
6. Information, éducation et communication pour un changement de comportement
7. Participation communautaire et partenariats

Les dix outils suivants ont été élaborés pour évaluer ces sous-systèmes:

1. Des listes de contrôle pour les éléments de la gestion
2. Un outil pour évaluer l'exécution de la supervision

3. Un outil pour l'évaluation des systèmes d'information pour la gestion sanitaire
4. Un outil d'évaluation des besoins des agents de santé et du niveau d'information sur la gestion du système de santé
5. Un outil d'évaluation de la capacité organisationnelle des centres de santé et de la disponibilité des services et des produits
6. Un guide d'observation pour évaluer le respect par les prestataires des normes afférentes au paquet minimum de services de santé familiale
7. Un guide pour les entretiens avec les clients à la sortie afin d'évaluer l'accès aux services, leur utilisation et leur satisfaction
8. Un guide pour les entretiens des prestataires au sujet de la formation, de la supervision, de la motivation et des opinions concernant le paquet minimum de services de santé familiale
9. Un outil pour évaluer les comités de gestion pour ce qui est de l'organisation, du niveau de participation à la gestion des centres de santé, du fonctionnement des comités, des résultats et des problèmes à résoudre
10. Un guide pour les discussions de groupe dirigées sur les attentes et les opinions des membres de la communauté pour ce qui est de la prestation des soins de santé

Les données provenant des **Évaluations de la Gestion** ont été le point de départ principal de l'élaboration de plans stratégiques sur trois ans, de la définition d'une assistance technique et du diagnostic des besoins de formation.

L'évaluation Rapide de la Performance des Agents (ERPA) a été effectuée par deux fois au cours du PROSAF. Par l'observation des interactions client/prestataire, l'ERPA a évalué le respect des normes cliniques par les prestataires. Les données pour l'ERPA ont été collectées à partir d'un échantillon de centres de santé dans chacune des sept zones sanitaires. Quatre outils de collecte de données ont été conçus pour évaluer la performance des prestataires en PCIME, soins prénatals (SPN), accouchement, soins postnatals (SPoN) et planification familiale.

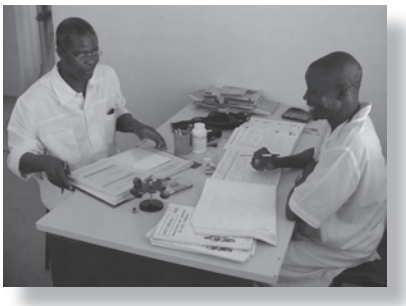
L'enquête **Connaissances, Attitudes et Pratiques** (CAP) a été réalisée en 2001, puis à nouveau en 2003, en collaboration avec la DDSP et Catholic Relief Services (CRS). Le but de la CAP était de déterminer si les interventions en matière d'information, éducation, communication/communication pour un changement de comportement (IEC/CCC) dans les grandes catégories suivantes avaient modifié les comportements des familles et des communautés dans le Borgou/Alibori:

- Planification familiale
- Prévention du paludisme et soins
- Vaccination
- Prévention/traitement du VIH et SIDA
- Prévention des diarrhées

Les enquêtes CAP ont été menées par des femmes et des hommes qui ont utilisé des questionnaires individuels. Les personnes interrogées avaient été choisies selon une méthode l'échantillonnage aléatoire en utilisant le cadre d'échantillonnage de l'EDS. Des questionnaires différents ont été utilisés pour les hommes, pour les femmes et pour les ménages. Les indicateurs à la fois de CRS et du PROSAF étaient représentés dans le questionnaire et les questions étaient basées sur l'Enquête Démographique et de la Santé de 1996 et l'Enquête de CRS sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) de 1999.

Ces trois outils de monitorage des performances introduits par le PROSAF ont été appliqués en étroite collaboration avec les agents de santé et les gestionnaires—et souvent par eux-mêmes—, en particulier l'Évaluation de la Gestion et l'ERPA. Un aspect essentiel de l'Évaluation de la Gestion est que les observations sont faites par les agents de santé, chacun observant des collègues d'un autre district. Les données des évaluations ont été rapidement présentées au personnel observé, offrant ainsi une rétroinformation immédiate sur les performances et permettant la mise en place rapide du processus d'amélioration. La participation des agents de santé à l'évaluation a pour avantage majeur de renforcer la prise de conscience de l'importance des normes et des standards, et de la nécessité de se conformer aux normes cliniques et aux normes relatives aux services de soutien.

Plan pour l'amélioration de la gestion de la DDSP: En 2001, le PROSAF a travaillé avec la DDSP sur l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités de gestion. Ce plan a utilisé l'approche de systèmes et a identifié les processus fondamentaux qui constituent le système de gestion des deux départements, chacun avec ses intrants et ses processus internes concomitants. Les concepts d'une culture de la qualité et du coaching en vue d'une amélioration ont été la pierre angulaire du plan d'amélioration. Les données de l'Évaluation de la Gestion ont été un élément important de la conception de plans détaillés pour chacun des sous-systèmes de gestion. La mise en œuvre du plan de développement des capacités en gestion a été synchronisée avec la formulation de la stratégie de décentralisation encouragée par le MSP, et avec le renforcement progressif des zones sanitaires établies en 2000.



Plan de formation: En 2000, la DDSP et le PROSAF ont mis au point un plan départemental de formation sur trois ans. Les besoins de formation ont été mis en évidence par la première Évaluation de la Gestion de 1999 et par les recommandations des comptes rendus de supervision.

Le plan de formation a énoncé cinq objectifs:

1. **Amélioration de la coordination des activités de formation** dans le département par l'établissement d'une équipe de formation départementale, de standards et d'outils de formation, d'un système d'information sur les activités de formation, et de plans annuels de formation

2. **Amélioration de la qualité de la formation** par l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de base et avancés pour la formation des formateurs, et par la fourniture d'un suivi et d'une supervision

3. **Renforcement des capacités aux niveaux du département et de la zone pour planifier et dispenser des services de santé** par les actions suivantes: utilisation des résultats de l'Évaluation de la Gestion pour identifier les points à améliorer, élaboration ou amélioration d'outils de gestion, préparation d'un programme de formation en gestion et apport d'une formation sur le cycle de la gestion

4. **Renforcement de la capacité des agents de santé à fournir des services de santé de qualité** par les actions suivantes: utilisation des résultats de l'Évaluation de la Gestion pour identifier les points à améliorer, fourniture d'un suivi et d'une supervision, élaboration et dissémination de normes et de standards pour les soins cliniques, élaboration et utilisation à titre expérimental d'un programme de formation en services de santé familiale, et élargissement de la portée des activités de formation du projet

5. **Amélioration de la qualité du personnel de supervision** par les actions suivantes: utilisation des résultats de l'Évaluation de la Gestion pour identifier les points à améliorer, élaboration d'outils de supervision, mise au point d'un programme de formation en supervision, formation en supervision pour les superviseurs des départements et des zones, accentuation du coaching et de l'utilisation d'outils de supervision

À la suite de l'élaboration du plan de formation, des plans annuels de formation ont été préparés pour spécifier les types d'activités de formation qui auraient lieu chaque année.

Élaboration du programme de formation: Le PROSAF a travaillé avec l'équipe de formation départementale sur la préparation d'un programme de formation intégré sur les thèmes suivants: protocoles de santé familiale, services de santé, PCIME, Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU), AQ, communication interpersonnelle (CIP) et paquet minimum de services de santé familiale pour les divers niveaux du personnel au sein du système de santé. Le PROSAF a également collaboré avec DELIVER sur la conception d'un manuel de formation et d'aides de travail pour la gestion de la logistique des produits de santé familiale. Ces programmes ont ensuite été utilisés pour former les chefs des services de la DDSP et les coordinateurs des zones de santé comme formateurs en gestion de la logistique des produits de santé familiale. La DDSP dispose maintenant de personnel qualifié et de ressources techniques pour superviser et coacher les EEZS.

Pour s'assurer que la formation de tous les types d'agents de santé s'effectuait dans le même cadre général et dans l'optique d'une

culture de la qualité, le PROSAF a aidé la DDSP à préparer un programme d'études intégré comprenant les éléments suivants:

- Principes de l'intégration
- Assurance de qualité
- Communication interpersonnelle
- Organisation des services et travail en équipe
- Offre intégrée de services essentiels
- Gestion des ressources matérielles, financières et humaines
- Supervision et monitorage
- Logistique et approvisionnement
- Résolution de problèmes au moyen de données et de la recherche opérationnelle

Vingt-quatre des agents de santé formés ont participé à une formation complémentaire sur l'offre proactive de services de santé familiale. Cette approche met l'accent sur l'importance de demander au client, en plus de la raison de sa visite, s'il a d'autres problèmes qui seront vérifiés, et de proposer un service approprié. Ces 24 formateurs et coaches non seulement appliqueraient leurs nouvelles compétences dans leurs propres centres de santé, mais ils formeraient et coacheraient ensuite d'autres prestataires dans leurs zones respectives.

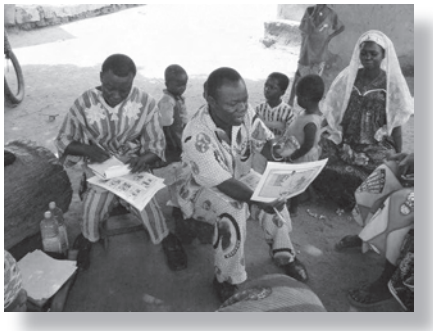
Planification stratégique: Le PROSAF a contribué à plusieurs égards aux efforts de planification stratégique au niveau de la DDSP. Au début du projet, le personnel du PROSAF a aidé la DDSP à évaluer son plan stratégique pour 1997-1999. Les deux organisations ont ensuite utilisé cette évaluation comme point de départ pour la planification départementale. Pour le plan stratégique 2000-2002, le PROSAF a contribué à l'élaboration de principes généraux et de l'énoncé de mission sur la base des suggestions de la communauté et des axes stratégiques définis dans l'Évaluation de la Gestion. En

2002, le PROSAF a apporté son concours à l'élaboration des plans d'action 2002 et 2003, et du plan stratégique 2003-2005.

La mise au point de ce plan stratégique de trois ans et des plans d'action annuels a été bénéfique à la DDSP sur plusieurs plans. Ils l'ont aidée à justifier les activités et les budgets s'y rapportant, et à éviter des doublons dans le financement des activités des zones de santé. Afin d'encourager l'utilisation de données pour la prise de décisions, le PROSAF a effectué une revue à mi-parcours du plan stratégique 2003-2005. Cette revue a fait ressortir les forces de ce plan, par exemple l'existence d'un soutien financier et technique coordonné dans le Borgou/Alibori pour la mise en œuvre des divers programmes du MSP. Les faiblesses identifiées étaient notamment un manque de supervision des EEZS par la DDSP; des plans d'action trop ambitieux, peu réalistes, qui ne prenaient pas en compte les délais et les ressources disponibles; et des retards dans l'envoi de fonds aux zones.

Supervision: Le PROSAF a renforcé le système de supervision départementale et a amélioré les capacités tant de la DDSP que des EEZS à organiser une supervision formative dans le Borgou/Alibori. Le programme était axé sur la formation des agents de santé, des EEZS et du personnel de la DDSP, fournissant des outils appropriés pour la supervision et le coaching en rapport avec l'utilisation des outils. (Pour une description détaillée de la formation en supervision formative, se référer à la section consacrée à l'échelon de la zone sanitaire.)

Conception et production de supports d'IEC: La stratégie pour la préparation de supports d'IEC était basée sur une enquête relative à la documentation existante, un inventaire national des supports d'IEC, les résultats

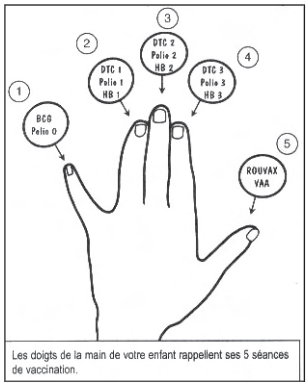


de l'Évaluation de la Gestion de 1999, et des groupes de discussion dirigés qui ont eu lieu ultérieurement. La photographie numérique et des graphiques générés par ordinateur ont permis de mettre au point et de tester dans des délais très brefs des images culturellement appropriées pour le matériel imprimé. L'élaboration des supports d'IEC est intervenue à l'issue d'un processus structuré de conception et d'essai préalable de messages et de restitution des résultats des tests avec les partenaires et le MSP.

Figure 6. Livret de Santé de l'Enfant

En collaboration avec le MSP, les ONG et les partenaires internationaux, le PROSAF a élaboré et distribué des milliers de supports d'IEC aux prestataires de soins et à leurs clients, à des écoles, des centres sociaux et des ONG du niveau communautaire. Les premiers supports ont porté sur le paludisme, avec notamment 170 000 dossiers, 400 jeux de cartes de counseling contenant 16 images, et 400 affiches. Les partenaires ont également utilisé ces supports et images. Après le premier tirage à 30 000 exemplaires du Livret de Santé de l'Enfant (Figure 6) conçu par le PROSAF, le programme national de PCIME a adopté ce livret qui illustre les messages sur les cinq principaux thèmes de la PCIME. La *Main de la Vaccination*, (Figure 7), un support participatif d'IEC qui utilise une petite chanson pour établir un lien entre les cinq doigts de la main et les cinq séances de vaccination pour les enfants, a été introduite à titre expérimental, et avec succès, dans deux communes. Pour ce qui est de la planification familiale, 50 000 feuillets présentant plusieurs méthodes contra-

Figure 7. La main de la vaccination



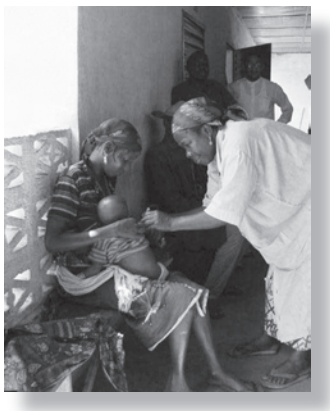
ceptives et 4 200 affiches ont été préparés à partir de documents existants de Population Services International (PSI) et de l'ABPF. En plus de ces supports, les agents de services à base communautaire (ASBC) ont reçu 400 dossiers avec des échantillons de contraceptifs et 400 jeux d'affiches en tissu représentant les organes génitaux de l'homme et de la femme. Par ailleurs, la pièce de théâtre sur la planification familiale continue d'être montrée au moyen de 100 cassettes vidéo qui ont été produites et distribuées.

Amélioration des compétences

Introduction de la gestion de l'AQ: Le principal objectif au niveau de la DDSP pour la gestion de la qualité était de faire mieux comprendre que le système de santé était constitué d'une série de systèmes à l'intérieur desquels chacun doit déterminer des normes et des standards, et effectuer le monitorage de la performance avec des données de routine. Ces deux concepts ont servi de base ultérieurement à une formation "juste à temps", articulée autour des principaux concepts de l'amélioration. L'accent a été mis sur l'importance de la supervision des zones de santé et sur l'intégration du soutien venant du niveau départemental.

Équipe de formation départementale: Pour veiller à ce que les départements soient en mesure d'actualiser en permanence les compétences des agents de santé, et pour s'assurer que les compétences soient conformes aux dernières directives cliniques, le PROSAF a travaillé sur la création d'un cadre de formateurs formés, tant au niveau départemental qu'au niveau des zones. En 2000, une équipe de formation départementale a été formée pour élaborer des programmes d'études et pour donner des cours de formation dans tout le Borgou/Alibori. Les membres de l'équipe ont été choisis par la DDSP en consultation avec le PROSAF, avec pour critère la stabilité ainsi qu'un intérêt et une aptitude pour la formation. Le processus de sélection a également tenu compte du fait qu'on voulait avoir des représentants tant du secteur public que du secteur privé. Une fois établie, l'équipe de formation départementale, constituée de personnels de la DDSP, de membres des

EEZS et d'autres personnes, a reçu une formation en méthodes pédagogiques. Pour devenir des formateurs certifiés, les membres de l'équipe de formation départementale ont dû appliquer avec succès leur nouveau savoir-faire à l'occasion d'au moins deux séances de formation. Tous les membres actuels de l'équipe de formation départementale ont obtenu leur certification en donnant des cours de formation aux agents de santé sur des sujets tels que les techniques contraceptives, la prévention des infections et le mentoring. Le transfert des capacités de formation et de supervision à l'équipe de formation départementale a été clairement démontré par le fait que toutes les activités de formation durant la dernière année du projet ont été effectuées par cette équipe. (Se référer à l'Appendice 3 pour une synthèse de la participation à la formation durant le PROSAF).



La stratégie nouvellement adoptée pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est devenue un élément important de la formation. Le PROSAF a aidé le MSP à préparer son propre manuel de formation en PCIME en se basant sur les approches prônées par l'OMS. En 2002, 19 médecins ont participé à un cours de formation des formateurs à Porto-Novo. Durant ce cours, les participants ont eu l'occasion de mettre en pratique leur savoir-faire en supervision en se supervisant mutuellement. Neuf des participants à la formation initiale ont été choisis pour une formation en techniques de facilitation pour l'enseignement des modules de PCIME. Forte de ces nouvelles connaissances, cette équipe de formateurs formerait ensuite 97 agents de santé dans les trois zones pilotes de la PCIME. Pour disposer d'un corps de formateurs plus important, huit autres médecins ont été formés, portant ainsi à 17 le total des formateurs en PCIME. À leur tour, ces 17 formateurs ont formé deux équipes de formation en PCIME,

l'une pour le Borgou et l'autre pour l'Alibori. Avec un financement du PROSAF, la DDSP a pu renforcer ses capacités en PCIME en recrutant un directeur de cours, un assistant-directeur de cours, deux instructeurs cliniques et 17 facilitateurs de cours.

Amélioration de la logistique et création d'un entrepôt départemental

L'objectif était de renforcer le système de logistique national et d'améliorer la distribution des produits de santé dans le Borgou/Alibori. Le PROSAF a cherché à rapprocher des centres de santé des médicaments et des produits disponibles, et à renforcer les capacités des EEZS et des prestataires de soins pour leur permettre: 1) d'estimer correctement les quantités qu'il leur faut en fonction de leur consommation mensuelle moyenne; 2) de remplir correctement les bons de commande; et 3) de soumettre leurs commandes avant qu'il n'y ait de ruptures de stock.

Le PROSAF a participé à une revue du système de logistique pendant un atelier départemental de consensus. Les facteurs sous-jacents qui contribuent à la médiocrité de l'approvisionnement et de la distribution de médicaments dans le Borgou/Alibori, et qui entraînent des ruptures de stock fréquentes, ont été identifiés et analysés. Ces facteurs étaient: la non-disponibilité de médicaments et de fournitures à l'entrepôt de la CAME à Cotonou, l'éloignement du Borgou/Alibori par rapport au dépôt de la CAME, un système de contrôle insuffisant et l'absence de normes claires pour la gestion et la distribution des médicaments. Le PROSAF a aidé la DDSP à s'attaquer à ces deux derniers facteurs sur lesquels le programme a davantage de contrôle.

Entrepôt départemental

Le PROSAF, la DDSP et le conseil de direction de la CAME ont estimé que la création d'un dépôt départemental était cruciale pour le renforcement du système de logistique et pour réduire les ruptures de stock. Une étude pour déterminer la faisabilité financière et

technique d'un entrepôt a été effectuée avec le soutien technique et financier du PROSAF. La DDSP a identifié le site où l'entrepôt serait construit et a eu des négociations avec les autorités administratives et municipales. Au niveau central, le MSP, des représentants de la CAME et des bailleurs de fonds ont eu une réunion, avec l'appui du PROSAF, pour s'entendre sur le financement du projet. Le PROSAF a fourni du mobilier pour l'entrepôt et un soutien pour l'adaptation et l'informatisation du système de gestion.

Perfectionnement des compétences des EEZS pour l'application des techniques d'amélioration de la qualité au processus de gestion des produits de santé familiale et à la supervision des centres de santé: Avec l'appui du PROSAF, la DDSP a enseigné l'utilisation d'outils de gestion des produits de santé familiale à près de 200 membres d'EEZS, prestataires de soins de santé et gestionnaires des médicaments des sept zones sanitaires. Aujourd'hui, au moins 80% du personnel de santé des zones et des centres de santé est capable de gérer la logistique conformément aux normes et aux procédures. Le PROSAF a formé et soutenu les sept EEZS pour qu'elles fournissent une supervision formative de la gestion des produits dans les centres de santé et qu'elles appliquent les techniques d'assurance de qualité au processus de gestion des produits de santé familiale. Le PROSAF a également renforcé le suivi des commandes qui est maintenant informatisé dans tous les bureaux des zones.

Évaluation de la performance de l'entrepôt départemental et apport de conseils au responsable de la gestion: Le PROSAF a rencontré tous les trimestres le responsable de l'entrepôt départemental pour s'entretenir de questions en rapport avec l'approvisionnement, la distribution et le renforcement des capacités de gestion des zones sanitaires. Lors de ces réunions, le PROSAF a fourni des conseils et une assistance technique, le cas échéant. Le PROSAF a également effectué une évaluation de la performance de l'entrepôt départemental six mois après sa mise en service. La performance a été mesurée par l'utilisation de la base de données informatisée de

l'entrepôt et par des entretiens avec les responsables de cet établissement et des zones sanitaires. Les résultats sont les suivants:

- La disponibilité des 40 produits les plus demandés par les consommateurs dans le Borgou/Alibori était passée de 75% en janvier 2003 à 90% fin juin 2003.

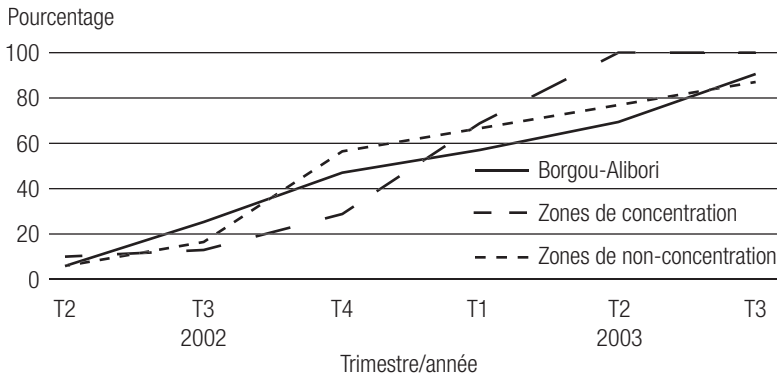
- La réponse de l'entrepôt aux commandes des zones sanitaires était passée de 70% des commandes remplies en janvier 2003 à 95% fin juin 2003.

- Les utilisateurs se déclaraient satisfaits de l'entrepôt pour son accessibilité, le recul des commandes parallèles, la diminution des délais de livraison et la réduction des frais de déplacements.

L'Indice de Performance de la Gestion des Commandes de Produits de Santé Familiale a mesuré les progrès accomplis. Cet indicateur porte sur trois critères: 1) la tenue à jour des fiches de stock pour les produits de santé familiale; 2) l'exactitude de la qualité estimée de produits de santé familiale à commander; 3) l'envoi dans les délais voulus des bons de commande. L'indice a été mesuré tous les trimestres à partir du deuxième trimestre de 2002 et jusqu'au troisième trimestre de 2003. Les résultats présentés à la Figure 8 indiquent le pourcentage d'établissements de santé qui respectent ces trois critères. Les données montrent que des progrès significatifs ont été faits pour la gestion des commandes des produits de santé familiale.

Entre le quatrième trimestre de 2002 et le troisième trimestre de 2003, une moyenne de 66% des points de prestation de services dans le Borgou/Alibori a soumis des commandes correctes et dans les délais voulus pour les produits de santé familiale, notamment pour les contraceptifs et divers médicaments essentiels. Toutefois, la performance obtenue dans les deux zones de concentration, où

Figure 8. Performance en gestion des commandes de produits de santé familiale



des équipes de résolution de problèmes et des pratiques de coaching avaient déjà été mises en place, est supérieure à celle des autres zones de santé. Comme le montre la Figure 8, les zones de concentration sont parvenues à une performance de 100% durant le deuxième et le troisième trimestre de 2003.

Niveau de la zone sanitaire

Au commencement du PROSAF, il n'y avait pas encore officiellement de zones sanitaires dans le Borgou/Alibori. Ces zones ont été créées dans le cadre du processus de décentralisation de la gestion des services de santé, en conformité avec le modèle de gestion des districts pour les soins primaires qui est appuyé par l'OMS. Une part importante du soutien au renforcement institutionnel fourni par le PROSAF a servi à préciser les rôles et les responsabilités des zones sanitaires pour concevoir de nouveaux processus de gestion et pour renforcer les compétences des équipes de gestion des zones sanitaires.

Il y a sept zones dans le Borgou/Alibori, chacune ayant à sa tête une équipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS). Les EEZS font fonction d'organisme principal de gestion et de prise de décision pour tous les services de santé de leur secteur. Chaque EEZS est

dirigée par le coordinateur de la zone sanitaire, souvent un médecin, et elle est constituée de cinq à dix personnels de santé, notamment le directeur de l'hôpital de la zone, une infirmière en chef, une sage-femme, un comptable, le médecin principal de chaque commune, le responsable de la maintenance et, dans certains cas, la personne chargée de l'assistance sociale. Les coordinateurs des zones sanitaires sont choisis et affectés par le niveau central du MSP et ils rendent compte au directeur départemental de la santé.

Le soutien fourni par le PROSAF aux zones de santé a porté notamment sur le renforcement des capacités de gestion, la mise au point d'indicateurs et leur utilisation pour le monitorage des performances, l'amélioration des capacités de formation, et la modernisation de l'équipement, du matériel et des installations. À travers les efforts du PROSAF, les EEZS du Borgou/Alibori ont démontré ce qui peut être accompli par une gestion forte et un travail en équipe.

Synthèse des résultats au niveau des zones sanitaires

- Renforcement des capacités de gestion
  - Formation des HZMT en planification, gestion financière et logistique, et assurance de qualité
  - Mise en œuvre de la planification ascendante dans les zones de concentration
  - Amélioration du monitorage du programme
  - Introduction d'améliorations collaboratives pour les indicateurs clés de santé primaire
- Élaboration et utilisation trimestrielle des indicateurs du tableau de bord par les EEZS
- Équipe de formateurs et de coaches formés dans chaque zone
  - Fourniture de matériel didactique
- Amélioration de l'équipement, du matériel et des installations
  - Véhicule pour la supervision
  - Ordinateurs et imprimantes

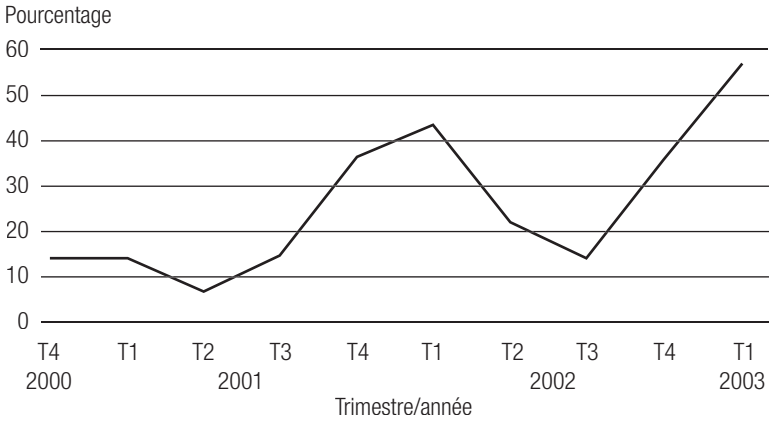
Renforcement des capacités de gestion

Pour améliorer les capacités de gestion des EEZS de manière générale, le PROSAF a dispensé une formation dans divers domaines, notamment l'assurance de qualité (AQ), la planification, la gestion financière et la gestion de la logistique, et la supervision formative.

Planification: En 2002, le MSP a introduit un processus annuel de planification de la base au sommet qui a permis d'inclure les priorités des échelons inférieurs dans les plans de santé régionaux et nationaux. Ce processus de "planification ascendante" part du niveau des centres de santé sous-préfectoraux, avec le travail de définition des priorités et de budgétisation de chaque niveau, se répercute dans les plans du niveau suivant jusqu'à la consolidation les plans régionaux au niveau central du MSP. Le PROSAF a apporté un soutien financier et technique à la Direction de la Planification et de la Programmation (DPP) et au Ministère des Finances pour organiser un atelier visant à présenter le processus, les schémas de planification, les documents de référence et les exercices pratiques. Un deuxième atelier sur les compétences en planification, destiné à améliorer les connaissances des participants en matière de Planification par Objectifs (PPO/ZOPP), dans le but de finaliser les plans stratégiques des EEZS pour 2003-2005. Les trois principales étapes de la PPO/ZOPP sont l'analyse de la situation, la définition des objectifs (par exemple, la détermination des buts dans leur ensemble, les groupes ciblés et les objectifs de la zone), et l'élaboration d'un tableau récapitulatif.

À la fin de l'atelier, les participants avaient énoncé les résultats à obtenir en fonction de leurs objectifs, ils avaient défini les activités nécessaires pour parvenir aux résultats, mis au point des indicateurs pour vérifier les résultats, identifié des sources pour vérifier les indicateurs, et estimé les intrants et les coûts pour les activités retenues. Cette formation a permis de formuler les plans stratégiques pour 2003-2005 et les plans annuels pour 2004 dans les

Figure 9. Performance des équipes d'encadrement de zones sanitaires pour la mise en œuvre des activités programmées



délais voulus et avec des indicateurs clairs, incorporant les priorités identifiées et proposées par la base du système de santé.

Gestion financière: La première étape nécessaire au renforcement du savoir-faire en gestion financière au niveau de la zone sanitaire a été de parvenir à un consensus sur le modèle de gestion financière à utiliser. À la suite d'une visite sur le terrain à des districts sanitaires et à des sites de formation de districts sanitaires au Burkina Faso, un programme de formation en gestion financière a été mis au point. Les coordinateurs des zones sanitaires, les responsables des sept zones sanitaires, le directeur-adjoint chargé de la décentralisation et le chef des services financiers au MSP ont reçu une formation sur les thèmes suivants:

- L'importance du financement des soins de santé dans la perspective de la politique de soins de santé, en particulier dans les zones sanitaires
- La classification des différents coûts et les quotes-parts à payer
- La clarification des rôles et des responsabilités en matière de gestion financière au niveau de la zone

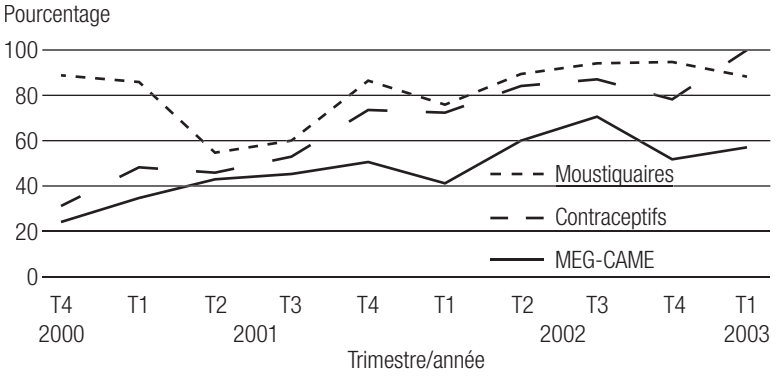
- L'explication de l'utilisation des différents outils de gestion financière
- La présentation des principes et des règles régissant l'établissement et la gestion de budgets

Deux mois après la formation, une visite de suivi a confirmé que toutes les zones sanitaires avaient mis en œuvre des procédures comptables appropriées. En outre, toutes les EEZS avaient intégré la gestion financière dans leurs systèmes de supervision.

Gestion de la logistique: Aujourd'hui, 80% des agents de santé aux niveaux de la zone et du centre de santé sont en mesure de gérer la logistique conformément aux normes et standards du MSP. Ceci tient au fait que 200 membres d'EEZS, des prestataires de soins et des pharmaciens gestionnaires ont été sensibilisés à l'importance de la gestion de la logistique pour une bonne prestation de services. Ils ont tous suivi une formation sur l'utilisation des outils de gestion des produits de santé familiale qui avaient été conçus par la DDSP avec le soutien du PROSAF. Les EEZS ont également reçu un enseignement portant sur la supervision formative de la gestion de produits dans les centres de santé, et sur l'application des techniques d'assurance de qualité au processus de gestion des produits de santé familiale. Enfin, le PROSAF a fourni un appui technique pour l'automatisation des commandes de produits par l'informatisation du système de gestion de la logistique.

Le processus standardisé, de la base vers le sommet, pour l'amélioration de la gestion et des commandes de médicaments prévoit une réunion, à la fin de chaque mois, de l'équipe du centre de santé pour restituer les statistiques sanitaires, notamment l'analyse des données sur les mouvements du stock, les commandes et les

Figure 10. Disponibilité des produits de santé familiale dans les centres de santé



ruptures de stock. Les causes probables des faiblesses sont identifiées et les solutions susceptibles être appliquées immédiatement sont mises en œuvre. Les actions correctives sont vérifiées et renforcées lors des visites de supervision formative effectuées par les EEZS. À l'occasion du monitorage trimestriel, chaque centre de santé présente ses tendances pour l'amélioration de la performance de la gestion des produits de santé familiale et explique aux autres centres de santé les solutions locales qui l'ont aidé à progresser et les problèmes auxquels il s'est heurté.

Supervision formative: Le système de gestion de la supervision dans le Borgou/Alibori a été évalué pendant l'Évaluation de la Gestion de 1999. L'évaluation a montré que 6% seulement des agents de santé avaient reçu au moins quatre visites de supervision l'année précédente (voir Figure 11). Une supervision formative régulière est essentielle à l'amélioration de la performance et de la qualité des soins.

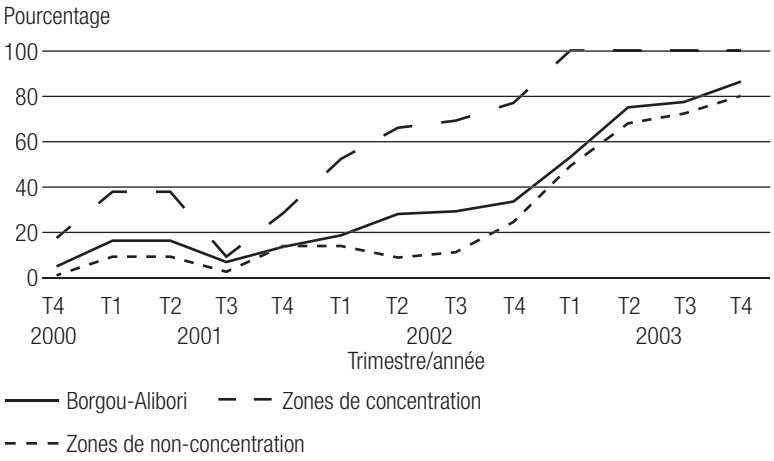
Un consensus a été obtenu sur le contenu de la supervision formative par un processus de consultation durant lequel les méthodes et les pratiques de supervision ont été identifiées, et le profil et les caractéristiques d'un bon superviseur ont été définis. Ces définitions ont été incorporées à un plan de supervision exhaustif comprenant les

instruments de supervision, les directives pour la planification et la programmation de la supervision selon le niveau, et une description de la rétroinformation de la supervision et du processus de compte rendu. Le plan de supervision spécifiait que sept membres d'EEZS et du personnel de la DDSP seraient formés en supervision formative et utiliseraient une approche de coaching pour soutenir les superviseurs nouvellement formés pour le monitorage de la performance des agents de santé. La première étape du PROSAF vers la facilitation de la mise en œuvre du plan de formation en supervision consistait à appuyer la DDSP dans la préparation d'un manuel et d'une liste de contrôle pour la formation en supervision. La liste de contrôle est composée de normes et de standards spécifiques pour la prestation de soins et la gestion qui seront appliqués par les EEZS et les agents de santé. Deuxièmement, le manuel et la liste de contrôle ont été utilisés à titre expérimental pendant une session de formation regroupant la moitié des membres des EEZS (59 personnes). Troisièmement, le manuel et la liste de contrôle ont été revus pour tenir compte de la rétroinformation des participants. Une fois le manuel et la liste de contrôle finalisés, la formation en supervision formative a été étendue aux membres des EEZS et aux agents de santé qui n'avaient pas encore été formés. À la suite de la formation, le PROSAF a fourni un coaching intensif pour un renforcement de l'utilisation correcte de la méthode et des outils de supervision formative qui venaient d'être introduits. À la fin du PROSAF, tous les membres du personnel de la DDSP et 75% du personnel au niveau de la zone et du centre de santé avaient appris à appliquer la supervision formative conformément aux normes et procédures standard.

La supervision formative est définie comme étant:

1. Le suivi par rapport à la dernière visite
2. L'observation de la prise en charge de cas (au moins 3 rencontres client-prestataire en matière SPN, et/ou de planification familiale, et/ou de PCIME)
3. L'analyse de documents
4. La rétroinformation à l'intention des agents de santé (observations et analyse de documents)
5. Le dialogue avec les agents de santé pour la résolution de problèmes

Figure 11. Performance des équipes d'encadrement de zones sanitaires pour la supervision des centres de santé



Dès 2002, les EEZS commençaient à s'approprier le processus de supervision formative. Par exemple, à la suite de l'Évaluation de la Gestion 2002, toutes les sept EEZS avaient elles-mêmes adapté leurs listes de supervision pour refléter un bon nombre des normes de prestation de services examinées lors de cette l'évaluation. Ce sentiment d'appropriation du processus de supervision est une étape importante vers la pérennisation du processus dans le contexte du système de santé béninois.

Le PROSAF a fourni un coaching intensif post-formation à chacune des EEZS pour s'assurer que la nouvelle méthode et les nouveaux outils de supervision formative étaient appliqués et utilisés selon les explications du manuel et des outils. Premièrement, le PROSAF a encouragé les EEZS à respecter strictement leur plan de supervision pour atteindre la norme d'une visite de supervision au moins à chaque centre de santé tous les trimestres, quelle que soit leur charge de travail et autres contraintes. Deuxièmement, les données ont été utilisées pour diagnostiquer les faiblesses dans la performance des centres de santé qui avaient besoin d'une supervision formative, et les membres les plus qualifiés des EEZS ont été

retenus pour effectuer la supervision. Troisièmement, le PROSAF a apporté des conseils techniques aux superviseurs de zones pour qu'ils remplissent les critères les plus difficiles de la supervision formative, comme le suivi et la mise en œuvre des recommandations de la visite et de l'observation précédentes d'au moins trois interactions client/prestataire en PCIME, planification familiale et/ou SPN. Ce coaching a renforcé la capacité d'innovation des EEZS dans l'exécution de la supervision formative.

Pour le monitorage des résultats du système de supervision amélioré, un Indice de Performance du Système de Supervision a été mis au point. Il a été mesuré sur une base trimestrielle, du premier au quatrième trimestre de 2003. Une visite de supervision dans un centre de santé est considérée comme formative lorsque les cinq critères suivants sont réunis:

1. Suivi et application des recommandations de la dernière visite

2. Observation d'au moins trois interactions client-prestataire en PCIME, planification familiale ou SPN

3. Analyse de documents

4. Rétroinformation aux agents de santé sur l'analyse des documents et l'observation d'interactions

5. Dialogue pour la résolution de problèmes avec les agents de santé

Les résultats de la Figure 11 reflètent la moyenne en pourcentage d'installations sanitaires ayant reçu quatre visites de supervision formative en un an. Les données montrent que des progrès significatifs ont été faits pour l'amélioration de la performance du système de supervision.

Entre le premier et le quatrième trimestre de 2003, le pourcentage de centres de santé du Borgou/Alibori recevant une visite de supervision formative pendant le trimestre est passé de 54% à 85%. La réussite des visites de supervision formative est illustrée par le fait que, durant cette période, les deux zones de concentration où il y avait déjà des équipes de résolution de problèmes et où le coaching était pratiqué, ont maintenu un niveau de performance de 100%.

Assurance de qualité: Pour renforcer la gestion de l'AQ au niveau de la zone, le PROSAF a organisé trois sessions de formation sur l'AQ à l'intention des EEZS: une session d'orientation (20 personnes issues des deux zones de concentration y ont assisté); une session de cinq jours sur les approches, les outils et les principes de l'AQ (cinq membres de deux EEZS); et une session de cinq jours sur les approches, les outils et les principes de l'AQ, mettant l'accent sur les techniques de coaching (27 participants). La troisième session a été axée sur le transfert des capacités de formation aux EEZS et sur la préparation de celles-ci, avec l'assistance technique des facilitateurs communautaire du PROSAF, à l'exécution d'une série de trois sessions de formation à l'intention de 47 agents de santé et de 210 membres de COGEC et de CVS.

Afin d'introduire une approche collaborative pour améliorer la performance des prestataires de service et du système de santé dans le Borgou/Alibori, un atelier a eu lieu pour préparer les documents de référence pour un modèle collaboratif. L'atelier avait pour but d'établir des modèles de soins de santé primaires pour chacune des zones et d'entamer le processus de monitorage du principal indicateur d'amélioration pour chaque modèle. Les modèles prioritaires retenus étaient: les consultations prénatales, les accouchements, les consultations postnatales, la PCIME et la planification

familiale. Cet atelier a été proposé aux médecins chargés de la coordination, aux chefs de divisions de la DDSP, aux sages-femmes et aux infirmières en chef ayant l'expérience de la prestation de services cliniques et préventifs. Cet atelier a débouché sur plusieurs projets de documents:

- Une description du projet d'organigramme pour la gestion du modèle collaboratif en fonction du niveau du système de santé du Borgou/Alibori
- Un projet de liste énonçant les buts de la collaboration pour l'amélioration de la performance en fonction des thèmes choisis par les zones sanitaires
- Un projet de modèle de services en fonction du thème retenu
- Une série de changements proposés en fonction d'éléments des services de santé familiale
- Un projet de liste d'indicateurs de la performance en fonction de la composante

Amélioration du monitorage des activités: Le PROSAF a aidé les sept EEZS à élaborer des plans détaillés pour le monitorage de la performance des prestataires de soins.

Les EEZS de Banikoara, Bembèrèkè/Sinendé, Malanville/Karimama, Nikki/Kalalé/Pèrèrè et Parakou/N'Dali ont formulé des plans détaillés pour le monitorage de la performance des prestataires de soins, et les prestataires de soins de ces zones ont appris à utiliser un outil permettant de faciliter l'utilisation des données sanitaires de routine pour calculer les indicateurs de performance. Les prestataires de soins de santé de ces cinq zones ont également défini des étapes standardisées pour la prestation de soins prénatals, les accouchements, les soins postnatals et de santé familiale, conformément aux protocoles existants. Les prestataires avaient commencé

Tableau 3. Indice de la performance des EEZS

	Bembèrèkè Sinendé	Banikoara	Malanville Karimama	Parakou N'Dali	Nikki Kalalé Pèrèrè	Kandi Gogounou Ségbana	Tchaourou	Total
Tenue d'au moins une réunion par l'EEZS pendant le trimestre précédent	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7/7
Réalisation d'au moins 75% des activités planifiées pendant le trimestre précédent	✓	✓	✓	✓		✓		5/7
Compilation des données d'information sanitaire de routine du trimestre précédent pour chaque zone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7/7
Notation de la performance de l'EEZS (tous les critères satisfaits)	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%	5/7 71%

à fournir des soins selon des dispositions standardisées et à systématiquement collecter des données sanitaires sur les indicateurs de performance dans leurs plans de monitorage.

Au niveau de la zone sanitaire, les données des centres de santé ont été agrégées par le statisticien et elles ont été utilisées comme intrants par les EEZS pour la préparation de la réunion trimestrielle de monitorage. Les représentants des centres de santé de Banikoara, Bembèrèkè/Sinendé et Parakou/N'Dali, qui avaient assisté à ces réunions, ont recherché avec enthousiasme des solutions à leurs problèmes de performance pendant les exposés de leurs pairs et lors de discussions avec ceux-ci.

Indicateurs du tableau de bord élaborés et utilisés par les EEZS

Pour répondre à un besoin spécifique identifié lors des visites de suivi et de coaching post-formation des agents de santé, le PROSAF

a appuyé la DDSP dans la préparation d'un manuel pratique sur la gestion des données pour le monitorage de la performance. Tous les statisticiens et les agents de santé des zones ont été formés pour mieux collecter et analyser les données et permettre ainsi une prise de décision rapide et appropriée. Les revues trimestrielles ultérieures dans les zones de concentration ont démontré une amélioration significative de la capacité à collecter et à gérer les données et à les utiliser dans le processus de prise de décision. Le succès de la formation a incité la DDSP à organiser un atelier au niveau départemental pour dégager un consensus autour des mécanismes nécessaires pour améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Celui-ci contient des données sur la prestation des soins, la gestion des services de santé, la surveillance épidémiologique, ainsi que des formulaires de collecte de données. Les participants à l'atelier ont identifié les forces et les faiblesses des méthodes de gestion des données et ont proposé des solutions. Un résultat concret de cet atelier a été la mise au point d'un tableau de bord pour le monitorage des indicateurs de santé clés, par niveau de soins.

À la suite de l'atelier, la version définitive du tableau de bord de la santé familiale a été distribuée à la DDSP, aux zones de santé et aux cliniques privées, et les EEZS ont commencé à l'utiliser pour le monitorage et l'amélioration des performances. Les agents de santé ont systématiquement collecté des données sanitaires relatives aux indicateurs de performance et ils les ont enregistrés sur leur tableau de bord. Ils ont compilé les données sur une base mensuelle, organisé une journée de monitorage à la fin de chaque mois et transmis les données au statisticien de la zone sanitaire. Celui-ci a agrégé à son tour les données provenant des centres de santé et les a fournies comme intrants majeurs pour les réunions de monitorage trimestrielles des EEZS. Pendant les visites de supervision, les superviseurs des zones sanitaires ont vérifié la qualité des données collectées et ont coaché les agents de santé pour le calcul des indicateurs. Les superviseurs ont ensuite montré comment utiliser

les données collectées pour faire un suivi de la performance. Les agents de santé sont maintenant en mesure d'évaluer leur propre performance, de partager les résultats avec l'équipe et d'identifier les solutions appropriées pour améliorer la performance.

Le tableau de bord est devenu un élément crucial du processus d'amélioration de la performance dans le Borgou/Alibori et il a largement contribué à rendre la collecte, la gestion et l'utilisation des données plus efficientes.

Renforcement des capacités de formation au niveau de la zone

Dans l'optique de la pérennisation, le PROSAF a travaillé avec la DDSP et les EEZS sur le renforcement des capacités et sur l'élaboration d'une approche de formation systématique pour former les agents de santé et les tuteurs. Ce travail a compris la création d'équipes de formation au niveau des zones et la fourniture de supports pédagogiques. À cet égard, des tableaux de PPO/ZOPP ont été remis aux bureaux des sept zones et aux 14 centres de santé communaux du Borgou/Alibori. Le PROSAF a également fourni aux bureaux des zones et aux centres de santé communaux du matériel didactique, notamment des modèles anatomiques et des programmes d'études sur les méthodes de contraception, la prévention des infections, l'utilisation des protocoles de santé familiale, le mentoring, les méthodes de supervision, les SONU et la PCIME.

Amélioration de l'équipement, du matériel et des établissements

Tandis que la stratégie générale du PROSAF au niveau de la zone sanitaire était de soutenir le processus de décentralisation en renforçant les capacités des EEZS à fournir un appui de gestion et un soutien technique aux centres de santé, le PROSAF a aussi fourni du matériel pour contribuer à la réussite des EEZS dans ces domaines.

Véhicule de supervision pour Parakou/N'Dali

Par exemple, en 2001 et 2002, la zone sanitaire de Parakou/N'Dali a rapporté le niveau le plus faible de performance en supervision, ne remplissant qu'un critère sur les cinq requis. À la demande de la DDSP, le PROSAF a fourni à la zone sanitaire un véhicule pour aider les EEZS à effectuer les visites de supervision et pour encourager les équipes à améliorer la collecte de données. Ce véhicule a permis d'améliorer la performance en supervision dans la zone. En fait, en 2003, Parakou/N'Dali a été l'une des trois zones ayant obtenu les meilleures performances pour la supervision formative, l'amélioration collaborative et l'offre intégrée du paquet minimum de services de santé familiale.

Par ailleurs, le PROSAF a fourni des ordinateurs et des accessoires à tous les bureaux des zones sanitaires, aux sept hôpitaux de zone et aux 14 centres de santé communaux du Borgou/Alibori pour renforcer leurs capacités de gestion, de traitement et d'analyse de données pour la prise de décisions. Une fois les nouveaux ordinateurs installés, toutes les EEZS étaient en mesure d'envoyer des rapports mensuels fiables, dans les délais voulus, au service des statistiques de la DDSP. Les ordinateurs les ont aidées à compiler leurs données plus rapidement et à passer moins de temps à vérifier si elles étaient complètes et cohérentes. Les EEZS étaient également capables d'organiser des revues trimestrielles des activités et des données—une tâche cruciale pour le monitorage et l'amélioration de la performance.

Le PROSAF a également fourni aux stations de radio locales des ordinateurs et des accessoires pour les aider à produire des spots et des messages radio sur la santé.

Niveau du centre de santé

L'Évaluation de la Gestion effectuée en 1999 a fourni des données de référence en rapport avec les capacités des agents de santé au niveau des centres de santé du Borgou/Alibori. Partant de ces données, le PROSAF a mis au point un programme pour renforcer la prestation de services à ce niveau par les actions suivantes:

- renforcement de la capacité des agents de santé dans plusieurs domaines cliniques essentiels
- promotion d'un modèle de prestation intégrée de services
- renforcement de la communication interpersonnelle et insistance sur la satisfaction des besoins du client
- expansion des services à base communautaire
- amélioration des établissements

Renforcement des compétences des prestataires de services

Les principaux domaines cliniques qui exigeaient une formation et un coaching importants étaient la PCIME, les soins obstétricaux et néonatals d'urgence, les méthodes de contraception, notamment la fourniture d'implants Norplant et la prévention des infections.

Formation en PCIME: Une fois la mise en route de la PCIME approuvée par le MSP en 2001 et 2002, le PROSAF a collaboré étroitement avec le MSP, ainsi qu'avec le projet PROLIPO/Ouémé, pour concevoir une stratégie de mise en œuvre de la PCIME. Celle-ci a été officiellement lancée par le MSP en juin 2002. Le PROSAF a fourni une assistance technique

importante pour la préparation de sept modules de formation, d'une série de cinq affiches murales, d'un livret de tableaux et d'un manuel de l'instructeur. Le PROSAF a formé 19 médecins (neuf faisaient partie de l'équipe de formation départementale) en techniques d'enseignement de la PCIME. Sur ce groupe, les neuf qui étaient les plus qualifiés ont bénéficié d'un complément de formation en facilitation.

Résumé des résultats au niveau des centres de santé

- Renforcement des compétences des prestataires de services
  - Formation en PCIME, SONU, techniques de contraception, prévention des infections, Norplant, communication interpersonnelle
- Intégration des services
  - Disponibilité 5 jours/7
  - Offre proactive de services
- Amélioration de la performance par le coaching (tutorat)
  - Élaboration du programme d'études en protocoles de santé familiale
- Renforcement des services à base communautaire
- Amélioration de l'équipement, du matériel et des installations
  - Fourniture de matériel médical
  - Rénovation des établissements de santé

Trois zones ont été choisies pour le lancement initial de la PCIME: Tchaourou, N'Dali/Parakou et Kandi/Gogounou/Ségbana. Le PROSAF a dispensé cinq séances de formation en PCIME à 120 agents de santé. Pendant ces formations, les participants ont pris part à des exercices individuels, obtenu une rétroinformation sur leur travail, participé à des discussions, effectué des jeux de rôle et assisté à des séances pratiques de formation dans le contexte clinique.

Une visite de monitorage sept semaines après le lancement de la PCIME ont apporté la preuve que la formation avait été un succès. Toutes les mères interviewées étaient satisfaites des soins prodigués par les agents de santé formés en PCIME, 94% des agents de santé utilisaient systématiquement les directives de la PCIME pour identifier les signes de danger et 80% évaluaient correctement la situation vaccinale. Les agents de santé savaient comment utiliser la stratégie de PCIME pour reconnaître les urgences et les orienter immédiatement.

Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU): En collaboration avec INTRAH/PRIME, le PROSAF a mis en œuvre les étapes suivantes afin d'améliorer les SONU:

- Actualisation des standards cliniques pour les SONU
- Apport d'une formation à un comité départemental des SONU pour fournir un coaching sur la conformité avec les standards de soins prénatals, de planification familiale, d'intégration des services, et de SONU
- Planification des interventions de SONU
- Initiation des agents de santé au paquet minimum de services de santé familiale en mettant l'accent sur les SONU
- Formation de sept formateurs du niveau central sur l'utilisation du programme d'études en SONU mis au point par les équipes de PRIME et du PROSAF
- Organisation de cours de SONU pour les sages-femmes et les infirmières responsables de maternités

Au total, 79 sages-femmes et infirmières ont été formées en SONU à Banikoara, Bembèrèkè/Sinendé, Malanville/Karimama et Tchaourou.

Méthodes contraceptives et prévention des infections: Pour améliorer la qualité de la prestation de services de santé de la reproduction, le PROSAF a aidé l'équipe départementale de formation à former 100 agents de santé et tuteurs en méthodes contraceptives et prévention des infections. Près 100% des agents de santé formés, observés après la formation, se conformaient aux standards relatifs à la prévention des infections, par exemple, ils se lavaient les mains avant et après chaque acte, ils portaient des blouses et préparaient une solution de désinfection. Deux cours en méthodes contraceptives ont été organisés pour 30 agents de santé dans les zones de Tchaourou et de Nikki/Kalalè/Perèrè. Les cours ont été donnés par des formateurs départementaux et des formateurs des EEZS.

Norplant: Treize sages-femmes de trois des sept hôpitaux de zones, du Centre Hospitalier Départemental et de sept centres de santé communaux ont été formées et équipées pour pouvoir proposer le Norplant. La formation s'est faite à partir de 15 modules de formation de l'ABPF et elle s'est déroulée avec l'assistance technique de celle-ci. La Direction de la Santé Familiale au MSP a mis à disposition des implants Norplant. Chaque sage-femme formée a bénéficié d'au moins une visite de supervision post-formation de l'équipe de formation de l'ABPF.

Communication interpersonnelle: Une bonne communication interpersonnelle est essentielle à la qualité des soins. Elle est aussi cruciale pour créer un environnement de travail axé sur la qualité dans lequel les divers intervenants au sein du système de santé se considèrent mutuellement comme des clients internes dont les besoins doivent être satisfaits. Afin de renforcer la sensibilisation et les compétences en communication interpersonnelle, un nouveau programme d'études a été mis au point et présenté aux 14 membres de l'équipe de formation départementale et au responsable de la cellule VIH/IST au sein de la DDSP. Tous les agents de santé des zones de Banikoara et de Tchaourou ont été formés en communication interpersonnelle. En outre, trois agents de santé de chacune des zones suivantes ont participé à une formation en communi-

cation interpersonnelle: N'Dali/Parakou, Nikki/Kalalé/Pèrèrè et Bembèrèkè/Sinendé.

Intégration des services

La promotion de l'offre intégrée du paquet minimum de services de santé familiale a été l'un des éléments de la stratégie du PROSAF pour améliorer l'accès aux services de santé tout au long du projet. Cette approche dépasse largement la définition géographique de l'accès et elle met l'accent sur la disponibilité d'une gamme de services pour répondre à la demande. Plus précisément, la définition de la prestation intégrée de services comprend deux aspects principaux: tous les neuf services du paquet minimum doivent être offerts au centre de santé de manière proactive; et tous ces services doivent être offerts cinq jours par semaine.

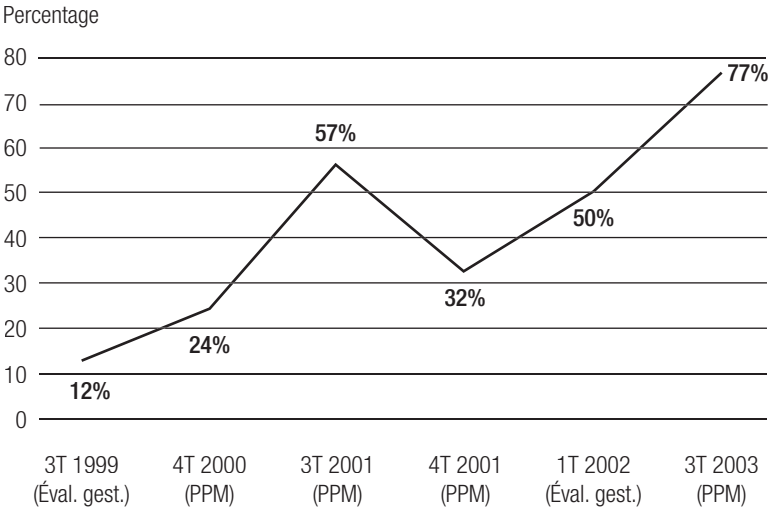
L'intégration des services a nécessité une vaste gamme d'activités en réponse aux changements dans l'organisation des services, des compétences pour pouvoir dispenser un counseling ou proposer tous les services, un coaching pour aider à la réalisation des changements, et un système approfondi de supervision et de monitorage des indicateurs, qui fait maintenant partie de l'analyse de routine et de la rétroinformation au niveau des zones sanitaires.

Les données ont montré que l'offre du paquet minimum de services de santé familiale est passée de 12% en 1999 à 77% en 2003 (voir Figure 12).

Coaching

Le coaching a prouvé qu'il était une méthode particulièrement efficace pour l'amélioration de la performance et il a suscité une réaction très positive de la part des homologues. Il se déroule sur le lieu de travail à la suite d'un cours formel. Les coaches fournissent des conseils et un soutien pendant que les agents de santé mettent en pratique le savoir-faire qu'ils ont acquis durant la formation. Le coach est intégré au sein de l'équipe du centre de santé pour

Figure 12. Progression de l'offre du paquet minimum de services de santé familiale



fournir un accompagnement et pour aider le personnel à perfectionner ses compétences pendant son travail. Les coaches aident aussi à planifier et mettre en œuvre des actions correctives.

Programme d'études relatif aux protocoles de santé familiale: En utilisant l'approche du coaching, le PROSAF et PRIME II, de pair avec la Direction de la Santé Familiale (DSF), JHPIEGO et le Service de Coordination Nationale pour le Tutorat, ont préparé un programme d'études sur les protocoles de santé familiale comprenant des outils de suivi et d'évaluation pour les prestataires de soins de santé. Ce programme d'études a répondu aux besoins qui avaient été identifiés dans les zones de santé et il a

regroupé plusieurs composantes en un programme intégré unique: la méthodologie de la formation ("apprendre pour une performance améliorée"), utilisant une approche qui associe la formation en classe, le tutorat et des éléments d'auto-apprentissage; les éléments du paquet minimum de services intégrés de santé familiale; et les protocoles pour les services de santé familiale. Un manuel à l'intention des tuteurs et un guide d'auto-apprentissage ont été mis au point dans le même temps.

Le programme d'études intégré a d'abord été testé par 15 formateurs/coaches formés et expérimentés. Avec d'autres formateurs départementaux, ils ont utilisé le programme d'études en 2001 pour deux sessions de formation de 42 agents de santé: 11 de Banikoara, 21 de Bembèrèkè/Sinendé et 10 de Malanville/Karimama. Le programme a été revu et amélioré pour tenir compte de cette rétroinformation.

Une évaluation formative à la fois des tuteurs et des agents de santé formés en programmes d'études intégrés a été effectuée, en même temps que deux visites de terrain post-formation. L'évaluation a mesuré l'efficacité du contenu du programme et des trois différentes méthodes de formation utilisées: formation en classe, tutorat et auto-apprentissage. Les résultats ont été très convainquants. Sur les 39 tuteurs et agents de santé évalués, 94% pouvaient identifier le protocole approprié et savaient comment l'utiliser—une étude de cas l'a démontré. Tous les agents interviewés ont déclaré que l'utilisation des protocoles les avaient aidés à faire un diagnostic correct et à prendre des décisions judicieuses pour le traitement et le suivi. En outre, ils appréciaient la contribution du tutorat, en particulier le soutien à l'intégration des services au centre de santé, à la prévention des infections et à l'amélioration des soins—tout cela se traduisant par une plus grande utilisation des centres de santé.

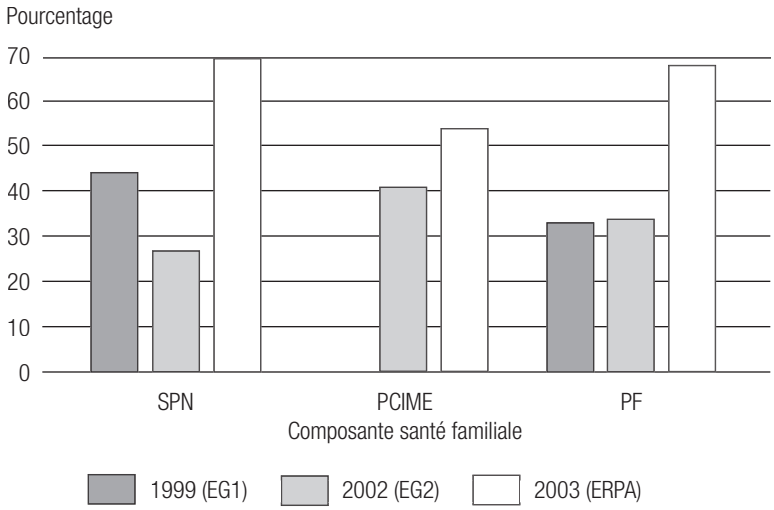
Après l'évaluation des résultats positifs obtenus grâce au programme d'études sur les services intégrés dans les zones de concentration, l'expansion dudit programme s'est faite en deux temps:

Dans un premier temps, 12 prestataires ont été sélectionnés et formés comme coaches ou tuteurs, et ils ont ensuite été initiés aux méthodes pédagogiques et aux principes et applications du tutorat. Les prestataires venaient de Tchaourou, Parakou/N'Dali, Nikki/Kalalé/Pèrèrè et de Kandi/Gogounou/Ségbana, qui n'étaient pas des zones de concentration. Ces 12 cadres ont donc formé le deuxième groupe de tuteurs pour le Borgou/Alibori. Ensuite, ils ont reçu une formation sur le contenu du programme d'études relatif aux services intégrés et sur l'utilisation des protocoles de santé familiale pour être prêts à former et coacher ensuite des prestataires de soins. Les tuteurs étaient chargés d'introduire les protocoles de santé familiale dans leurs zones sanitaires respectives et d'appuyer leur mise en œuvre ainsi que l'amélioration de la performance des prestataires par le tutorat et par des conseils en matière d'auto-apprentisage.

Dans un deuxième temps, les tuteurs formés ont formé 42 prestataires de soins: 20 de Nikki/Kalalé /Pèrèrè et 22 de Tchaourou. Ces formations se sont déroulées en mars et en juin 2003.

Toutes ces activités de formation et de coaching ont conduit à une amélioration de la performance des agents de santé pour la prestation de services de santé familiale, comme le montre la Figure 13. Les données des Évaluations de la Gestion et de l'Évaluation Rapide de la Performance des Agents (ERPA) ont mis en évidence une amélioration sensible, entre 1999 et 2003, de la performance des agents de santé pour ce qui est des soins prénatals et de la planification familiale. Les résultats pour la PCIME sont moins impressionnants étant donné que la formation des agents de santé en PCIME clinique n'a débuté que vers la fin de 2002.

Figure 13. Performance des prestataires de services pour les principales composantes de la santé familiale



Renforcement des services à base communautaire

Définition du modèle de services à base communautaire (SBC): Le PROSAF a contribué à l'expansion de la prestation de services de santé familiale en rapprochant ces services de la population par l'intermédiaire des agents de services à base communautaire (ASBC). Le PROSAF a affiné un modèle de SBC en incorporant les leçons tirées de l'expérience du projet de survie de l'enfant d'Africare au Bénin et de l'expérience de la CLUSA en matière de développement communautaire. La valorisation de ces expériences a débouché sur de nouvelles idées pour des questions telles que le contenu et le financement de la trousse initiale des ASBC, les mécanismes de formation et d'incitation pour les ASBC, la supervision et le monitorage, et l'implication des COGEC dans le processus de commande des médicaments.

Un programme d'études pour les ASBC a également été préparé en fonction des programmes existants et il a été adopté par les représentants des niveaux central, départemental et des zones

sanitaires, notamment par le groupe de travail sur la PCIME communautaire. Les principaux thèmes couverts par le programme d'études sont: la définition des services à base communautaire; les IST/VIH/SIDA, le paludisme, les diarrhées, la planification familiale et la nutrition. Le modèle des SBC a facilité la mise en œuvre de services à base communautaire dans les deux zones de concentration du Borgou/Alibori.

L'introduction de l'assurance de qualité au niveau du centre de santé a été liée étroitement au renforcement de la participation communautaire aux activités de gestion sanitaire et de prévention (la section consacrée au niveau communautaire et familial donne une description plus détaillée de cette approche dans l'optique de la communauté). L'approche d'AQ dans ce contexte reposait sur l'établissement de partenariats solides entre les centres de santé et les communautés, et sur l'identification et la résolution de problèmes de santé choisis en commun. Cette approche a été suivie dans 21 communautés de Bembèrèkè/Sinendé et de Banikoara. Les équipes étaient constituées d'agents de santé, de membres de COGEC et de personnes-ressource au niveau communautaire. Ces équipes des centres de santé communautaires se retrouveraient pour travailler ensemble sur les points suivants:

- Échange d'idées sur les forces et les faiblesses des services existants
- Obtention d'un consensus sur la manière de remédier aux principaux problèmes
- Identification de mesures complémentaires que pourraient prendre tant les centres de santé que les communautés pour résoudre les problèmes cernés

- Définition plus précise des rôles et des responsabilités des centres de santé et des communautés pour ce qui est des interventions de santé prioritaires

- Documentation des stratégies adoptées

Une formation en techniques de résolution rapide de problèmes sur une base communautaire a été dispensée, et une approche collaborative a été adoptée pour le premier cycle de résolution de problèmes, ce qui a permis à chaque équipe de bénéficier de l'expérience d'autres personnes travaillant aussi sur le même problème. Les équipes dans la zone de santé de Bembèrèkè/Sinendé se sont intéressées au faible taux d'utilisation des consultations prénatales, et celles de Banikoara ont fait porter leurs efforts sur la couverture vaccinale insuffisante des enfants. Le PROSAF a fourni une supervision et un tutorat pour aider les équipes à résoudre les divers problèmes de santé auxquels elles se heurtaient, notamment le calcul des indices, la tenue irrégulière de réunions et la documentation du processus de résolution de problèmes.

L'utilisation de la méthode de résolution rapide des problèmes a permis aux équipes d'amélioration de la qualité de participer activement à la collecte et à l'analyse de données, ainsi qu'à la recherche de solutions. Elle a montré que, par une collaboration et un échange d'idées, les équipes pouvaient trouver des solutions qu'elles sont capables d'appliquer, elles ont défini des idées communes sur les problèmes et la façon de s'y remédier, et elles ont renforcé les partenariats entre les communautés et les centres de santé.

Dans la zone de Bembèrèkè/Sinendé, la couverture des soins prénatals est passée de 2% à 15%.

Une analyse de l'impact de l'utilisation de cette stratégie d'AQ a mis en évidence des changements positifs, non seulement dans le fonctionnement des partenariats mais aussi dans les attitudes et

la motivation des agents de santé. Plus précisément, les agents de santé ont acquis une meilleure appréciation de ce que pouvaient faire les communautés pour contribuer à la qualité des services de santé; et ils ont reconnu que les communautés sont certainement capables d'identifier les problèmes de santé majeurs. Les agents de santé ont amélioré leur aptitude à travailler avec les communautés, ils se sont intéressés à des cours de langue pour mieux communiquer en langues locales, et ils sont devenus plus réceptifs à une rétroinformation constructive de la part des communautés (Case Study: Community-Health Agent Partnerships in Quality Assurance, J. Aubel). Des changements spécifiques ont pu être effectués plus facilement et avec moins de résistance, à savoir: la prestation intégrée de services; l'amélioration de la communication interpersonnelle et l'expansion de la vulgarisation. Dans de nombreuses communautés, ce travail a mené à d'autres initiatives locales visant à obtenir des améliorations plus poussées.

Amélioration de l'équipement, du matériel et des établissements médicaux

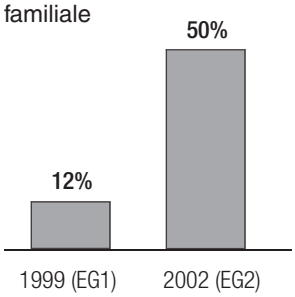
L'Évaluation de la Gestion du système de santé du Borgou/Alibori en 1999 a indiqué que les centres de santé avaient besoin de moderniser leur matériel médical et de rénover les établissements pour permettre la mise en œuvre réussie des stratégies qui viennent être présentées.

Pour que les centres de santé soient mieux à même de proposer le paquet minimum de services de santé familiale, le PROSAF a fourni à 94 centres de santé et hôpitaux de zone des sept zones sanitaires, ainsi qu'à la clinique de l'Organisation Santé Vie Jordan et au Centre Hospitalier Départemental, du matériel médical, du mobilier, des trousses d'accouchement, des ciseaux pour de la petite chirurgie, des nécessaires de stérilisation et des tables d'examen.

Le PROSAF a également acheté du matériel médical et du mobiliser pour les 15 sites retenus pour proposer l'implant Norplant. Suffi-

samment d'étuis de Norplant ont été achetés pour les sessions de formation et l'approvisionnement initial des centres de santé choisis. La Direction de la Santé Familiale (DSF) du MSP et l'ABPF ont participé en fournissant à la DDSP une partie de l'équipement médical nécessaire pour le Norplant et suffisamment d'étuis de Norplant pour la première session de formation.

Figure 14. Disponibilité du paquet minimum de services de planification familiale



Pour améliorer les conditions de travail clinique, le PROSAF a rénové trois centres de santé des zones de concentration où la stratégie d'amélioration de la qualité avait été introduite en premier lieu. L'objectif était de préparer les centres de santé retenus à dispenser des services de santé familiale intégrés de qualité. Au Centre de Santé de Goumori à Banikoara, par exemple, le PROSAF a facilité l'achèvement de la construction d'un incinérateur pour l'élimination de ses déchets biomédicaux dans des conditions satisfaisantes. Avant la rénovation, la maternité du Centre de Santé de Gamia à Bembèrèkè se trouvait à deux kilomètres du dispensaire. La remise en état a permis de regrouper les deux services du centre de santé et a facilité la prestation de services de santé familiale intégrés, ainsi que l'accès pour les communautés.

Incinérateur nouvellement construit

Cinq autres centres de santé—l'un à Banikoara et les quatre autres dans des zones de non-concentration—ont été choisis par la DDSP pour être rénovés avec le soutien du PROSAF. La photo montre la maternité rénovée de Goumori à Banikoara.

Maternité de Goumori

Niveaux communautaire et familial

Lorsque le PROSAF a démarré en 1999, le MSP avait déjà défini une structure décentralisée qui établissait solidement le principe de la participation communautaire et la représentation des préoccupations des villageois à tous les niveaux du système sanitaire départemental. Les membres des CVS, COGES et COGEC avaient été choisis dans de nombreuses communautés. Le rôle du PROSAF était de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies pour que les communautés, en particulier au niveau du centre de santé, puissent participer véritablement à la gestion du système de santé.

Le PROSAF a renforcé les capacités des membres des CVS, COGES et COGEC par une approche associant la formation et le coaching. L'assistance du PROSAF a renforcé la participation communautaire et encouragé une mobilisation sociale axée sur les deux zones de concentration. Alors que les efforts ciblaient tout particulièrement les 21 COGEC de ces zones, un soutien a également été apporté aux autres zones pour l'introduction des ASBC.

Pour améliorer l'accès aux services, le PROSAF a appuyé la mise en place d'un réseau de bénévoles au niveau communautaire. Ils ont été formés et ont reçu une liste de fournitures médicales de base, des supports d'IEC, des condoms et des moustiquaires imprégnées.

Résumé des résultats aux niveaux de la communauté et de la famille

- Conception et mise en œuvre de plans d'action communautaires
- Reforcement du partenariat communauté-services de santé
- Activités de santé à base communautaire
  - 219 agents de services à base communautaire (ASBC) sont opérationnels
  - SONU communautaire (pilote à Malanville)
  - PCIME communautaire (pilote dans trois zones)
- Mise en place d'équipes d'amélioration de la qualité conjointes communauté-centres de santé
- Cours d'alphabétisation
- Stratégie de communication et de changement des comportements:
  - Messages de santé familiale diffusés 5 jours sur 7 sur les ondes de 4 stations de radio rurale
  - Renforcement des capacités et de l'utilisation
  - Développement des médias populaires et traditionnels
  - Supports d'IEC/CCC
  - Livret de Santé de l'Enfant
  - Feuillets sur la santé familiale, le paludisme et les soins prénatals
- Formation de 10 membres d'ONG en CCC/counseling
- Activités pilotes de génération de revenus

L'implication des communautés—par l'intermédiaire des comités villageois de santé, des COGEC et COGES—a été un élément essentiel de l'approche du PROSAF. Celui-ci s'est employé à renforcer les compétences de ces groupes communautaires pour inciter les membres de la communauté à contribuer à l'amélioration de leurs systèmes de santé; pour qu'ils développent des systèmes de services à base communautaire par la formation, le tutorat et la supervision; pour qu'ils appliquent une approche d'amélioration de la qualité et qu'ils mènent des campagnes de communication en vue d'un changement de comportements. Pour renforcer encore la participation communautaire aux activités de santé, le PROSAF a également proposé des cours d'alphabétisation en langues locales, il a conçu des initiatives communautaires de PCIME et de SONU, et il a testé des activités permettant de générer des revenus.

Mobilisation communautaire

Le processus de mobilisation communautaire a été axé sur les capacités des membres des COGEC en gestion, notamment la planification et la surveillance financière des activités de santé au niveau communautaire. Les communautés ont également commencé à travailler avec le personnel des centres de santé pour résoudre les problèmes identifiés en commun, tel que le recours limité aux consultations prénatales par les femmes enceintes.

Pour évaluer les changements au niveau de la participation communautaire, des critères ont été établis pour mesurer les résultats positifs des CVS, COGES et COGEC. Différents critères ont été identifiés pour chacun de ces groupes du niveau communautaire. Par exemple, les six critères suivants ont servi à mesurer la performance des COGES et COGEC:

1. L'existence d'un plan de travail annuel

2. La mise en œuvre mensuelle des activités du plan de travail, notamment les séances de sensibilisation, la formation, la gestion financière et des médicaments, les activités de promotion et les réunions

3. Le dépôt hebdomadaire des recettes de l'établissement

4. L'exécution tous les trimestres, par les COGEC, d'au moins deux séances de sensibilisation sur des thèmes de santé

5. La participation active des COGEC à la gestion de médicaments, notamment le stock de médicaments des établissements

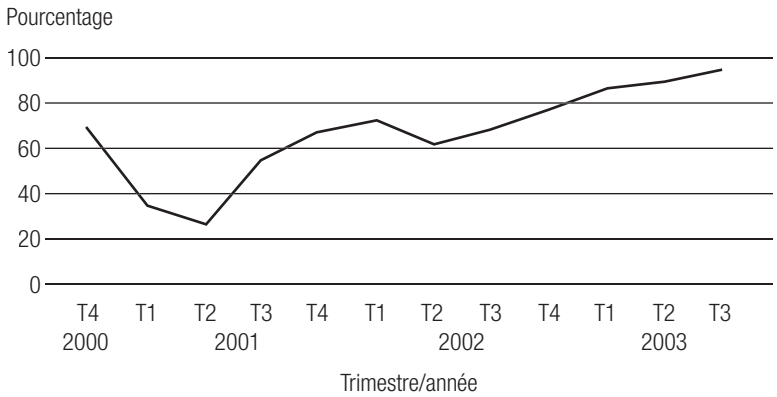
de santé, la garde des clés, la signature des bons de commandes et des pièces justificatives

6. Au moins trois réunions au niveau des COGEC pendant le premier trimestre avec le quorum requis des deux tiers des neufs responsables de chaque COGEC

Ces six critères ont mesuré les capacités de planification, de gestion financière et la gestion des pharmacies, et de mise en œuvre des activités prévues.

La Figure 15 illustre la performance des COGEC dans les zones de concentration conformément aux six critères de la liste ci-dessus pour les années 1999-2003.

Figure 15. Indice de performance des COGEC dans les zones de concentration



Pour évaluer la performance des CVS, trois critères ont été mesurés sur une base trimestrielle:

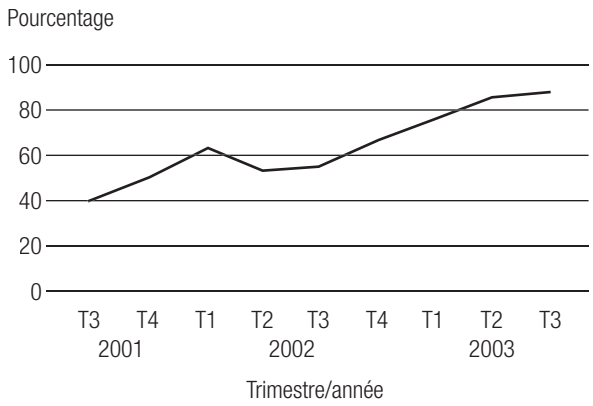
1. L'exécution des activités prévues (par exemple, gestion financière, soutien aux ASBC pour définir des solutions aux problèmes, motivation, gestion des conflits, supervision des ASBC, réapprovisionnement en médicaments)

2. Tenue d'au moins deux réunions

3. Application des solutions proposées par les ASBC pendant le trimestre précédent

La Figure 16 montre la performance des CVS dans les deux zones de concentration, de 2000 à 2003.

Figure 16. Indice de performance des comités villageois de santé



Les indicateurs de performance ont été utilisés comme indicateurs de substitution pour la participation communautaire. Comme le montre la Figure 15, la performance des COGEC est passée de 70% au début du projet à 95% pendant le dernier trimestre de 2003. La Figure 16 illustre une tendance semblable pour les CVS. Lorsque le PROSAF a commencé, 40% des CVS remplissaient les trois critères. Ce pourcentage était de 89% à la fin du projet.

Planification ascendante

La mise en œuvre du processus de planification ascendante a commencé en 2000 au niveau de la communauté dans les zones de concentration de Banikoara et de Bembèrèkè/Sinendé. À ce jour, 630 responsables communautaires de ces zones ont participé au processus de planification ascendante.

Pendant le deuxième trimestre de 2003, le PROSAF a fourni une assistance technique aux COGEC des zones de concentration pour procéder à une évaluation à mi-parcours du processus de planification annuelle. L'évaluation a montré que 237 membres de COGEC, agents de santé et élus locaux avaient assisté à l'atelier de planification annuelle et que, pour la première fois, cet atelier avait été entièrement financé par chaque établissement de santé. L'évaluation à mi-parcours a également montré que 90% des activités prévues des COGEC étaient exécutées à Banikoara. Pour Bembèrèkè/Sinendé, le niveau était de 80%. Les activités étaient exécutées sur une base mensuelle par les COGEC et les agents de santé. Elles comprenaient des activités de résolution de problèmes par une approche d'assurance de qualité; la gestion des finances et des médicaments; la prestation de services cliniques tels que des séances de sensibilisation au niveau communautaire; la collecte de ressources; la gestion de services à base communautaire; la supervision technique des ASBC; les assemblées générales et les réunions mensuelles.

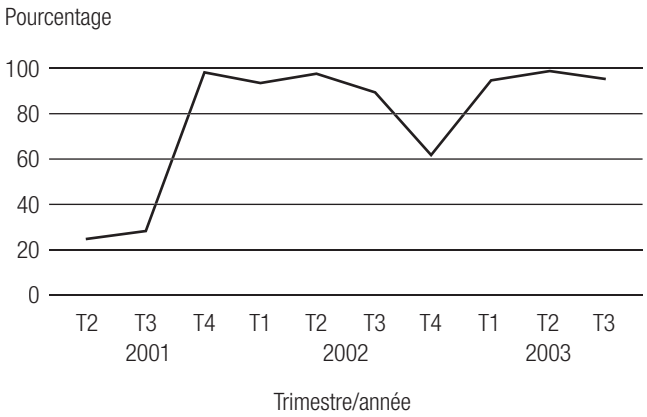
Activités de santé à base communautaire

Les agents de services à base communautaire (ASBC) sont devenus un élément important et indissociable des efforts du PROSAF pour fournir des services et des produits de santé au niveau communautaire. Le Borgou/Alibori couvre une vaste superficie de 25 856 km^2, sur une largeur de 200 km et une longueur de 440 km. Alors que chaque commune dispose au moins d'un centre de santé, certains villages se trouvent parfois à une distance pouvant aller jusqu'à 45-60 km du centre de santé le plus proche. L'éloignement représente un obstacle majeur pour de nombreuses personnes qui souhaitent obtenir des services, des produits ou des conseils relatifs à la santé. Ainsi, chaque ASBC

vivant parmi les gens qu'il/elle dessert est une source accessible d'information et de produits de santé. Les ASBC sont formés pour pouvoir fournir une information sanitaire de base sur diverses questions majeures telles que la planification familiale, la prise de conscience de la planification familiale, la prévention et le traitement du paludisme, la prévention du VIH et des IST, la prévention et le traitement des diarrhées et la nutrition. Chaque ASBC propose aussi un paquet minimum de produits et de services, y compris des médicaments essentiels (chloroquine, paracétamol et aspirine par exemple), des méthodes de contraception (pilules, condoms et spermicides), et des réunions de sensibilisation à la planification familiale, la prévention et le traitement du paludisme, la prévention du VIH et des IST, la prévention et le traitement des diarrhées, et la nutrition.

Il y a 219 ASBC formés dans les zones de concentration et 183 dans des zones de non-concentration. La création du réseau des ASBC a débuté par la définition des services à base communautaire. Ensuite, avec l'assistance du PROSAF, un partenariat communautaire a été négocié entre les communautés et les établissements de santé pour améliorer la qualité et l'utilisation des services de

Figure 17. Couverture des services à base communautaire dans les zones de concentration



santé. Par la suite, une auto-évaluation communautaire a été effectuée par les facilitateurs communautaires du PROSAF qui ont utilisé une démarche participative. Les agents ont été choisis démocratiquement par les communautés, lors réunions de village, pour devenir des CVS et des ASBC. Certains d'entre eux ont été sélectionnés pour recevoir une formation initiale et de recyclage, du matériel et une supervision pour pouvoir dispenser efficacement des services à base communautaire. La Figure 17 illustre le niveau de couverture des services communautaires qui a été obtenu dans les zones de concentration.

Prise en charge intégrée à base communautaire des maladies de l'enfant (PCIME): Kandi/Gogounou/Ségbana est devenu le site d'une initiative communautaire pilote de PCIME en 2002. Le PROSAF a collaboré avec Catholic Relief Services (CRS) pour apporter une assistance technique et financière à l'initiative. Des équipes constituées de délégués d'ONG locales, d'assistantes sociales, ainsi que d'agents de santé et d'agriculteurs ont été créées au niveau de la commune. Ces équipes ont ensuite été formées et coachées par une équipe technique du niveau de la zone, constituée de membres d'EEZS et de personnel d'ONG locales. Le programme d'études a porté sur le contenu technique de la PCIME, le concept des SBC, le processus de mobilisation communautaire, les principes de l'enseignement des adultes, ainsi que les compétences en communication et facilitation. Trois centres de santé ont établi des partenariats avec 17 villages. Après l'achèvement du PROSAF, les équipes du niveau de la commune ont poursuivi leur travail et ont commencé à faciliter une auto-évaluation communautaire pour identifier les problèmes et prévoir des solutions. Une fois l'auto-évaluation terminée, les équipes formeront et équiperont des bénévoles de la communauté, effectueront les activités spécifiées dans leurs plans de travail (par exemple, la promotion des pratiques clés de la PCIME, des réunions de sensibilisation, la gestion des médicaments et des finances), le monitorage et l'évaluation de la PCIME au niveau de la communauté.

Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence au niveau communautaire (SONU): À partir de 2001, le PROSAF a organisé une initiative communautaire pilote de SONU dans la zone sanitaire de Malanville/Karimama, en collaboration avec IntraHealth International/PRIME (INTRAH/PRIME). Après la sélection pour le projet pilote d'un centre de santé couvrant 11 villages, le PROSAF a coaché les EEZS pour qu'elles choisissent et forment cinq facilitateurs communautaires. Ces facilitateurs ont ensuite travaillé avec 11 villages sur la création de fonds de solidarité—ces fonds sont mis à la disposition de chaque communauté pour couvrir le prix du transport et des soins des villageoises qui doivent être dirigées sur un établissement de santé pour des soins obstétricaux et néonatals d'urgence. Chaque village a décidé de quelle manière les fonds seraient collectés et a fixé un mode de transport rapide pour acheminer les urgences vers le centre de santé de Guéné. Des protocoles d'accord (PA) ont été conclus entre les communautés, les propriétaires de taxis et les établissements de santé. Ces PA précisaient ce que ferait chaque partie lors d'une urgence obstétricale. Ils constituaient un accord écrit entre le centre de santé, les communautés et les chauffeurs de taxis, et énonçaient un ensemble de règles pour le transport d'urgence des femmes enceintes dont l'accouchement s'annonçait difficile. Le COGEC de l'établissement de santé devait informer tous les chauffeurs de taxis de la teneur du PA et veiller à ce que le tarif convenu entre les deux parties pour le transport soit respecté. Des procédures pour la gestion des fonds de solidarité ont été mises en place par chaque COGEC avec l'assistance technique du PROSAF par l'intermédiaire des facilitateurs communautaires; et 110 bénévoles au sein de la communauté (par exemple, des ASBC, des membres des CVS, des accoucheuses traditionnelles) ont appris, par l'inter-

médiaire d'agents de santé ou de sages-femmes, à reconnaître les signes de danger pendant le travail et l'accouchement.

Équipes d'amélioration de la qualité

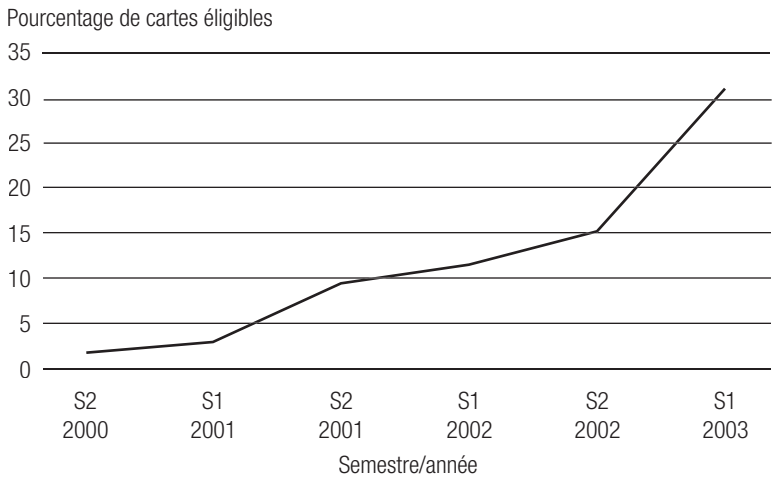
L'une des réalisations importantes dans le cadre du PROSAF a été l'utilisation d'approches d'amélioration de la qualité (AmQ) par les communautés. Cette approche a mis à profit le fait que les communautés avaient pris d'avantage conscience de ce qu'elles pouvaient faire pour leur propre santé. L'approche d'AmQ a mis l'accent sur l'importance d'utiliser des données pour identifier les priorités de santé et elle a renforcé encore la notion que l'amélioration est l'affaire de tous.

En 2001, le PROSAF a aidé le COGEC des deux zones de concentration à créer 21 équipes d'AmQ pour hiérarchiser les questions de santé et pour trouver des solutions. Chaque équipe d'AmQ, constituée de consommateurs, de responsables communautaires, de membres de la communauté et d'agents de santé, a été confiée à une équipe de coaching qui l'épaulerait. Chaque équipe de coaching était composée d'un membre d'une EEZS et d'un facilitateur communautaire du PROSAF, et elle était appuyée par l'équipe d'AQ du PROSAF et par des consultants extérieurs. La première tâche des équipes d'AmQ était d'identifier trois problèmes de santé prioritaires en utilisant une stratégie basée à la fois sur des statistiques sanitaires, l'opinion de la communauté, l'observation, des techniques de hiérarchisation et une démarche permettant de faire l'unanimité—des membres de la communauté, des agents de santé et des EEZS ont participé à cette démarche. Une question prioritaire a été choisie parmi les trois qui s'étaient dégagées. En 2001, les équipes d'AmQ de Banikoara ont retenu la couverture vaccinale des enfants et les équipes de Bembèrèkè/Sinendé ont choisi les soins prénatals (SPN).

Après avoir identifié les questions de santé prioritaires à régler dans chaque zone, les équipes d'AmQ ont été formées aux techniques

de résolution de problèmes "juste-à-temps". En d'autres termes, une formation a été dispensée selon le niveau du processus où se situaient les équipes (par exemple, les équipes parvenues au stade de la planification ont reçu une formation dans ce domaine, et les équipes au stade de la budgétisation ont obtenu une formation idoine, etc.). En premier lieu, les équipes ont identifié les causes profondes du problème, en se basant sur l'expérience de la communauté. Elles ont ensuite choisi des solutions en fonction des possibilités de pérennisation et de participation des membres de la communauté. Parmi les solutions choisies ont figuré: l'organisation d'une réunion de village pour expliquer les avantages du recours à des soins prénatals; l'organisation d'une formation pour apprendre aux accoucheuses traditionnelles (AT) comment remplir les fiches de consultation prénatale; ou encore la constitution d'une équipe de bénévoles pour rechercher dans les villages les enfants qui n'étaient pas complètement vaccinés. Enfin, les équipes d'AmQ ont effectué un monitorage des résultats. Les progrès et les résultats ont été examinés lors de réunions mensuelles au niveau des communes et lors de réunions trimestrielles au niveau des zones. La Figure 18

Figure 18. Tendance pour la couverture adéquate de la consultation prénatale dans la zone sanitaire de Bembèrèkè/Sinendé



illustre l'expansion réussie de la couverture de SPN à Bembèrèkè/ Sinendé.

Les efforts des équipes d'AmQ ont été renforcés par des messages diffusés sur les marchés, à la radio, dans les centres de santé et à la maison. Ces messages faisaient ressortir les avantages et la disponibilité des services de santé au niveau de la communauté. Les agents de santé ont fourni des messages d'éducation sanitaire aux équipes d'AmQ pour appuyer leurs efforts visant à obtenir des progrès pour la vaccination et l'utilisation de services de SPN.

Partenariat communautaire renforcé par l'alphabétisation

Le Bénin a une multitude de cultures et de langues. À l'intérieur de ses frontières, 66 groupes ethniques sont représentés, chacun ayant sa propre langue. Simplement dans le Borgou/Alibori, il y a 17 groupes ethniques et 17 langues principales. De nombreux agents de santé affectés dans le département du Borgou/Alibori, dans le nord, sont originaires du sud et ne parlent pas les mêmes langues que leurs clients. Une alphabétisation plus poussée parmi les ASBC, les CVS, les COGES et COGEC leur permet de mieux communiquer avec tous les acteurs du système de santé et de fournir des services de santé plus efficaces. En conséquence, pour améliorer la communication entre les agents de santé et les clients, et pour que celle-ci donne de meilleurs résultats, le PROSAF a financé et effectué le monitorage d'un programme d'alphabétisation dans les zones de concentration et de non-concentration. Le PROSAF a apporté un soutien financier direct à 18 agents de santé qui ont suivi un cours alphabétisation de six jours organisé par l'ONG locale DERANA. La forte demande pour ce type de formation est illustrée par

le fait que 1 406 personnes ont pris le cours de leur propre chef, simplement parce qu'elles souhaitaient apprendre à lire et à écrire. Par ailleurs, à la suite de la formation initiale, 70 autres agents de santé ont demandé un soutien financier du PROSAF pour suivre des cours d'alphabétisation.

Pendant les activités ultérieures d'assurance de qualité (AQ) et de formation des ASBC, le personnel du PROSAF a remarqué que les participants avaient fait des gros progrès en lecture et écriture. Des relations plus positives étaient également perceptibles entre les agents de santé et les clients du fait que les premiers, qui avaient bénéficié de cours d'alphabétisation, étaient capables de communiquer avec leurs clients dans la langue de ceux-ci, sans avoir besoin d'un traducteur.

Promotion de changements de comportement par des campagnes multimédia

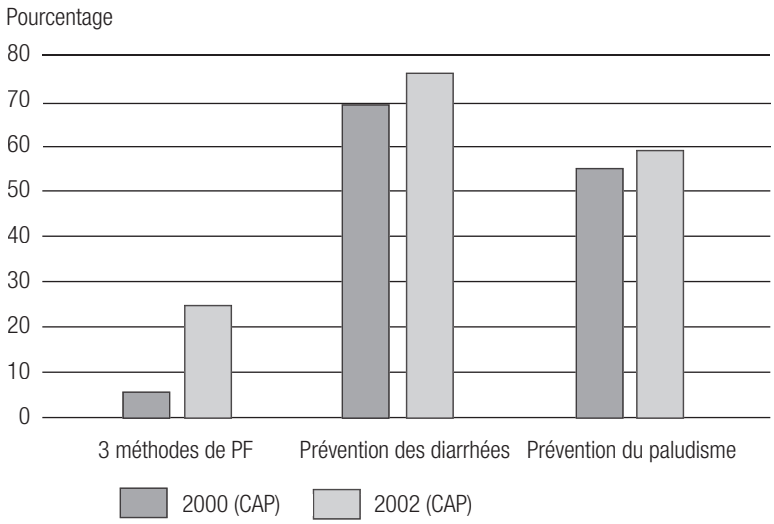
Pour informer, motiver, renforcer les compétences, accroître la demande de services de santé, et pour rassurer les membres de la communauté quant à l'acceptabilité sociale des nouveaux comportements, deux grandes campagnes multimédia sur les comportements en santé de la reproduction et en santé infantile ont été menées pendant le PROSAF. Dans le même temps, les agents de santé et les ASBC se sont préparés à répondre à une demande accrue en veillant à ce que des services et des produits de santé de qualité soient disponibles. Les deux campagnes ont eu recours à la fois aux médias de masse avec des spots radio, aux médias communautaires avec des performances théâtrales et des griots, et à la communication interpersonnelle par l'intermédiaire des ASBC. En outre, ces campagnes ont informé les membres de la communauté qu'ils auraient accès à un paquet minimum de services de santé familiale tous les jours, et à des services de vaccination un jour sur deux. Les maîtres d'œuvre de ces campagnes ont travaillé pour obtenir une rétroinformation des publics pouvant être incorporée dans la performance suivante à l'intention de ces mêmes publics. Cette approche a illustré l'impor-

tance et l'efficacité de l'amélioration de la qualité par une rétroinformation directe et constante de la population-cible au niveau de la communication.

Animatrice de radio rurale

En outre, des animateurs/animatrices de radio rurale (voir photo) ont été formés pour préparer des spots radio et faire passer l'information de santé souhaitée aux publics ciblés. En collaboration avec le service de la radio nationale dans le nord, une émission modèle avec un conseiller médical, sur le ton de la conversation, a été créée à l'intention des populations rurales.

Figure 19. Connaissances en santé familiale parmi les familles et les communautés du Borgou/Alibori



Formation des ONG en counseling de CCC: Pour étendre la couverture en CCC au niveau communautaire, le PROSAF a formé 36 superviseurs et agents de vulgarisation d'ONG du Réseau des ONG Béninoises pour la Santé et 22 agents de terrain de dix ONG locales. Deux membres du personnel d'ONG ont également suivi une formation de formateurs en CCC au niveau communautaire. Du personnel d'ONG a été formé en approche CCC à base communautaire au moyen de cartes de counseling et de parodies pour encourager une réflexion et des décisions de groupe aboutissant à des changements de comportements limités mais réalisables. Une formation a également été dispensée sur l'utilisation de supports d'IEC, de jeux interactifs de sensibilisation, et d'évaluations participatives rapides de suivi. Le PROSAF a fourni des supports d'IEC et un soutien de suivi pour plus de 480 séances d'éducation sanitaire sur la planification familiale et le paludisme durant les campagnes de communication des ONG. Grâce à la formation et aux supports fournis, les ONG incluent maintenant des messages de santé familiale dans leurs activités de routine—une contribution importante à la pérennisation des activités du PROSAF.

Activités génératrices de revenus: Afin de mobiliser des sources de financement durables pour des activités de promotion de la santé au niveau des centres de santé, le PROSAF a lancé un programme pilote d'activités de génération de revenus (AGR) dans les deux zones de concentration. Dans la mise en œuvre de cette initiative pilote, les EEZS ont utilisé la démarche suivante, avec le soutien financier et technique du PROSAF:

1. Élaboration d'un protocole pour le projet pilote décrivant les objectifs, les groupes ciblés et la méthodologie.

2. Identification des COGEC bénéficiaires par les EEZS au moyen d'une série de critères comprenant l'indice de performance 2002 de chaque COGEC, le revenu trimestriel de chaque COGEC, et la performance en gestion financière.

3. Identification du projet sur la base d'un brainstorming des membres des COGEC et de l'utilisation d'un système de classification pour repérer les activités les plus profitables.

4. Réalisation d'une étude de faisabilité sur la rentabilité économique, l'aptitude des COGEC à gérer le projet s'il est financé, et la disponibilité de fonds pour cette activité. À partir de ces critères, les COGEC ont formulé des propositions avec l'assistance technique du PROSAF.

5. Soumission de propositions à un comité de revue constitué de membres d'EEZS et de représentants locaux des milieux agricoles et du secteur social qui ont examiné les propositions de projets des COGEC au niveau de la zone et qui ont choisi les projets à financer, sur la base des critères utilisés lors de l'étude de faisabilité.

6. Formation des membres de chaque COGEC qui avaient reçu une subvention de gestion financière pour faire un suivi du projet financé.

7. Organisation d'une cérémonie de lancement par chaque COGEC pour annoncer le démarrage de son activité et pour faire la publicité du projet.

8. Monitorage et évaluation des projets financés, par le comité de revue de chaque zone sanitaire, pour assurer une bonne gestion des fonds à la disposition du projet.

En 2003, tous les 21 COGEC des deux zones de concentration sont passés par le processus décrit ci-dessus. Sept COGEC ont obtenu des financements pour entamer l'IGA pilote qu'ils avaient proposée. Il s'agit des COGEC d'Ina, Gamia, Sékèrè, Fo Bouré, Ounet, Founougo et Kokey. Chacune des COGEC ayant obtenu un financement a mis en œuvre une activité, par exemple une

boutique, une station d'essence villageoise, un restaurant ou un service de taxi. Tandis que le PROSAF a fourni la majorité des fonds nécessaires, les communautés ont contribué à hauteur de 20% à la mise en route des IGA. Ces fonds ont été obtenus par les COGEC auprès de groupements de producteurs de coton. La collecte de fonds et le financement d'une étude de faisabilité par les communautés indiquent que les agents de santé et les COGEC avaient adopté avec enthousiasme le processus de mise en œuvre d'AGR.

À ce jour, les sept IGA sont toujours opérationnelles. L'étape suivante sera la documentation du processus et la transposition du programme dans les autres zones de santé.

DÉFIS ET OPPORTUNITÉS

Le PROSAF a obtenu un nombre important de résultats majeurs pour aider le gouvernement béninois à poursuivre le renforcement des services de santé familiale. Des défis, solutions et opportunités potentielles ont été identifiés.

Défi	Solution
Disponibilité de personnel qualifié	Formation des aides-infirmières en protocoles de santé familiale Séance d'information systématique sur les protocoles de santé familiale à l'intention des nouveaux agents de santé
Taux élevé de rotation des effectifs	Décentralisation de la gestion des ressources humaines Utilisation de logiciels pour la gestion des ressources humaines au niveau des zones sanitaires
Leadership et travail en équipe à tous les niveaux	Institutionnalisation de la planification ascendante et réunions trimestrielles de revue aux niveaux des centres de santé, des zones de santé et de la DDSP
Culture de la performance et de l'excellence	Institutionnalisation de l'AQ et extension de l'amélioration de la qualité à l'ensemble du système de santé
Gestion décentralisée	Attribution en temps voulu de fonds aux zones sanitaires pour les activités prévues Affectation de gestionnaires financiers formés dans toutes les zones sanitaires
Disponibilité permanente de produits de santé familiale à tous les niveaux	Intégration au niveau national de l'approvisionnement pour la totalité des produits de santé Mobilisation et obtention des ressources financières nécessaires pour les produits à tous les niveaux du système de santé Faire de la CAME-Parakou le fournisseur en produits de toutes les zones de santé

Défis	Solution
	Développement d'entrepôts au niveau des zones et informatisation la gestion des produits
	Intensification de la supervision en rapport avec la gestion des produits
Soutien financier aux initiatives communautaires	Inclusion d'activités afférentes aux initiatives communautaires dans les plans de travail et affectation de fonds pour la mise en œuvre
	Développement et soutien d'activités de génération de revenus pour les initiatives communautaires
Appropriation du partenariat communautaire du personnel sanitaire	Inclusion du partenariat avec la communauté dans la formation pré-emploi et la formation sur le tas des agents de santé
	Insistance sur la responsabilisation des agents de santé en ce qui concerne le partenariat avec la communauté

Opportunités

- Engagement accru des parties concernées du secteur de la santé
- Plus grande confiance en soi des responsables communautaires
- Gestion améliorée de la qualité à tous les niveaux
- Expérience favorable de la planification à tous les niveaux
- 80% des populations du Borgou/Alibori atteintes par la radio
- Élaboration et distribution de supports d'IEC/CCC
- Appréciation des services à base communautaire, médias populaires et traditionnels, et messages radio
- Mise en place d'équipes de formation qualifiées aux niveaux de la zone et du département
- Gestion décentralisée vers les zones de santé
- Capacités renforcées des EEZS pour le monitorage et l'évaluation de la performance
- Fonctionnement des entrepôts départementaux pour les produits de santé familiale
- Formation de plus de 50% des agents de santé du Borgou/Alibori sur le paquet minimum

ANNEXE

Appendice 1. Indicateurs du Plan de Monitorage de la Performance

Nº	Indicateur	Définition indicateur	Région enquête	Départ	2000	2001	2002	2003	Source des données
1	Prévalence contraception	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans), mariées ou en union, utilisant une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête.	Borgou/Alibori	3% (EDS)	7,2%		11,2%		Enquête CAP
			Zones de concentration			16%			Enquête Mini-CAP
2	Année-couple de protection	Estimation du nombre de couples (en âge de procréer) protégés contre une grossesse par des méthodes de planification familiale pendant une période d'un an, sur la base du volume de tous les contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clients/clientes pendant l'année en question.	Borgou/Alibori	6.257	15.089	17.237			SNIG. Le calcul pour 2000 comprend des sources de données et des méthodes contraceptives qui n'étaient pas incluses dans le calcul de 1999. Les sources de données pour 2000 et 2001 comprennent PSI, ABPF, SNIGS et OSV-Jordan. Les méthodes contraceptives pour 2000 et 2001 étaient: condoms, tablettes vaginales, mousses, pilules, injectables, DIU, stérilisation et implant.
3	Allaitement maternel exclusif	Pourcentage de tous les nourrissons de 0-3 mois nourris exclusivement au sein.	Borgou/Alibori	19% (EDS)	52%		60,9%		Enquête CAP. L'enquête CAP 2000 n'a pas fourni un d'échantillon suffisant d'enfants de 0-3 mois pour donner des résultats statistiquement significatifs pour cet indicateur. Une enquête séparée a été effectuée en janvier 2001 pour mesurer cet indicateur.
4	Taux vaccination complète	Pourcentage de tous les enfants de 12-23 mois qui n'étaient pas complètement vaccinés avant leur anniversaire.	Borgou/Alibori	41% (EDS)	37%	55,5%			Enquête CAP
			Zones de concentration			60%			Enquête Mini-CAP
5	Taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation orale (TRO)	Pourcentage de tous les enfants de moins de 3 ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédentes et qui avaient été traités avec la thérapie de réhydratation orale (TRO).	Borgou/Alibori	29% (EDS)	15,4%		60,7%		Enquête CAP
			Zones de concentration			50%			Mini-KAP Survey

Nº	Indicateur	Définition indicateur	Région enquête	Départ	2000	2001	2002	2003	Source des données
6	Traitement à la maison/ recherche soins pour fièvre (paludisme)	Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans ayant eu un épisode de fièvre.	Borgou/Alibori	45% (DHS)	48,5%		54,5%		Enquête CAP
			Zones de concentration			63%			Enquête Mini-CAP
7	Indice de performance des COGEC	Indice composite pour mesurer les fonctions de planification, de gestion et de représentation des COGEC.	Borgou/Alibori	29%					Les chiffres de départ proviennent de l'Évaluation de la Gestion (1999) et ils ont été calculés à partir de trois des cinq critères afférents à la fonction de gestion des COGEC (PROSAF, Résultats globaux de l'EQGSS, décembre 1999, p. 79).
			Zones de concentration		70%	65%	78%	95%	Rapports d'activité et COGEC. Les données de 2000 et 2001 utilisent l'outil de six critères élaboré pendant le processus de finalisation du PMP.
8	Indice de performance des équipes de zones	Indice composite pour mesurer les fonctions de planification et de gestion des EEZS.	Borgou/Alibori	0%	26%	36%	14%	71%	Rapports d'activité; SNIGS. Cet indicateur a été révisé en 2002 pour mieux refléter la situation sur le terrain.
9	Indice de performance des CVS	Indice composite pour mesurer la planification, la gestion et la représentation des CVS.	Borgou/Alibori	0%	0%	51%	67%	89%	Rapports CVS. Les résultats de 2001 sont basés sur les critères contenus dans la version précédente du Plan de Monitorage de la Performance du PROSAF (mars 2001).
10	Indice de gestion des commandes de produits de santé familiale	Pourcentage de points de prestation de services du secteur public ayant soumis des commandes correctes, dans les délais, pour des produits de santé familiale au cours des trois mois précédents.	Borgou/Alibori				45%	90%	Formulaires de stock des centres de santé et archives DDSP.
			Zones de concentration				29%	100%	
11	Disponibilité du paquet minimum de services de santé familiale	Pourcentage de centres de santé publics et privés offrant le paquet minimum de services de santé familiale.	Borgou/Alibori	11,9%	24%	57%	50%		Évaluation de la Gestion. Informations de départ recueillies pendant l'Évaluation de la Gestion 1999 auprès de 44 centres de santé (42 publics et 2 cliniques privées). Données pour 2000 et 2001 basées sur les résultats du monitorage trimestriel des centres de santé.

Nº	Indicateur	Définition indicateur	Région enquête	Départ	2000	2001	2002	2003	Source des données
12	IOffre intégrée du paquet minimum de services de santé familiale	Pourcentage de centres de santé publics et privés offrant le paquet minimum de services de planification familiale d'une manière intégrée.	Borgou/Alibori	12%	24%	32%	50%	77%	ERPA
13	Distribution à base communautaire (DBC)	Pourcentage de villages des zones cibles desservis par des agents à base communautaire offrant un paquet minimum de produits et de services de santé familiale.	Borgou/Alibori		0%	30%	99%		Rapports d'activité et COGEC. Les données de 2000 et 2001 utilisent l'outil des six critères élaboré pendant le processus de finalisation du PMP.
14	Visite à domicile des agents SBC	Pourcentage de villages rapportant avoir reçu au moins une visite à domicile d'un agent SBC au cours des deux dernières semaines.	Borgou/Alibori		11%		7,9%		Enquête CAP
			Zones de concentration			15%			Enquête Mini-CAP
15	Indice de performance du système de supervision	Pourcentage de centres de santé où le personnel avait reçu une supervision formative au moins une fois au cours du trimestre précédent.	Borgou/Alibori	6,7%	9%	46%	20%	85%	Évaluation de la Gestion et rapports de supervision
			Zones de concentration		18%				Évaluation de la Gestion et rapports de supervision
16	Indice de performance des agents de santé	Pourcentage de rencontres client-prestataire observées durant lesquelles les agents de santé ont:	Borgou/Alibori	44,4%			27%	69,6%	Évaluation de la Gestion
		1. respecté les normes essentielles de soins prénatals (SPN)	Borgou/Alibori	33,3%			34%	68,0%	Évaluation de la Gestion
		2. respecté les normes essentielles de planification familiale (PF)	Borgou/Alibori	0%			41%	54%	Évaluation de la Gestion
		3. respecté les normes essentielles de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).							

Nº	Indicateur	Définition indicateur	Région enquête	Départ	2000	2001	2002	2003	Source des données
17	Indice de performance des agents de santé en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Pourcentage de rencontres client-prestataire observées au cours desquelles les agents de santé ont respecté les normes essentielles de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).	Borgou/Alibori	0%	0%	0%	21%		ERPA. Les résultats de 1999, 2000 et 2001 étaient basés sur les rapports de supervision qui, en fait, incluaient rarement des observations de la performance clinique. En 2002, la source des données a été remplacée par une forme d'observation directe qui sera supervisée par le PROSAF.
18	Indice de performance des agents de santé en planification familiale	Pourcentage de rencontres client-prestataire observées durant lesquelles les agents de santé ont respecté les normes essentielles de la planification familiale.	Borgou/Alibori	0%	0%	0%	7%		ERPA. Les résultats de 1999, 2000 et 2001 étaient basés sur les rapports de supervision qui, en fait, incluaient rarement des observations de la performance clinique. En 2002, la source des données a été remplacée par une forme d'observation directe qui sera supervisée par le PROSAF.
19	Indice de performance des agents de santé en soins prénatals	Pourcentage de rencontres client-prestataire observées durant lesquelles les agents de santé ont respecté les normes essentielles des soins prénatals.	Borgou/Alibori	0	0	5/5	2		ERPA. Les résultats de 1999, 2000 et 2001 étaient basés sur les rapports de supervision qui, en fait, incluaient rarement des observations de la performance clinique. En 2002, la source des données a été remplacée par une forme d'observation directe qui sera supervisée par le PROSAF. En 2001, très peu de consultations prénatales ont été observées mais ces prestataires se conformaient entièrement aux standards de performance.
20	Indice de performance des équipes des centres de santé	Indice composite pour mesurer la planification, la résolution de problèmes, utilisant les données disponibles et le travail en équipe de l'équipe de santé.	Borgou/Alibori	0%	0%	52%			Plans de travail mensuels COGEC, SNIGS, rapports de coaching (rapports d'activité des centres de santé)
21	Connaissance de méthodes modernes de planification familiale	Pourcentage de femmes qui peuvent nommer sans qu'on les leur suggère au moins trois méthodes modernes de contraception.	Borgou/Alibori Zones de concentration		6%	28%	25%		Enquête CAP Enquête Mini-CAP

Nº	Indicateur	Définition indicateur	Région enquête	Départ	2000	2001	2002	2003	Source des données
22	Connaissance du moment où il faut avoir recours à des soins pour une IRA	Pourcentage de mères ou de responsables d'enfants de trois ans disant qu'ils feraient appel à un prestataire si leur enfant présentait des signes et des symptômes d'une infection respiratoire aiguë (ARI).	Borgou/Alibori		67%		72%		Enquête CAP
			Zones de concentration			91%			Enquête Mini-CAP
23	Connaissance de la prévention des diarrhées chez le nourrisson	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui citent sans qu'on la leur suggère au moins une méthode correcte de prévention des diarrhées du nourrisson.	Borgou/Alibori		69%		76,3%		Enquête CAP
			Zones de concentration			48%			Enquête Mini-CAP
24	Connaissance des symptômes des IST	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans et d'hommes de 15-64 ans qui peuvent identifier sans qu'on les leur suggère au moins deux symptômes d'IST pour leur propre sexe.	Borgou/Alibori		Femmes: 6% Hommes: 23%		Femmes: 31,7% Hommes: 39,3%		Enquête CAP
			Zones de concentration			Femmes: 38% Hommes: 51%			Enquête Mini-CAP
25	Connaissance des méthodes permettant de réduire le risque d'infections VIH	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus qui citent sans qu'on les leur suggère au moins deux méthodes correctes pour réduire le risque d'infection VIH.	Borgou/Alibori		60%		Femmes: 47% Hommes: 56%		Enquête CAP
			Zones de concentration			64%			Enquête Mini-CAP
26	Connaissance de la prévention du paludisme	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus qui citent sans qu'on le leur suggère les moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme.	Borgou/Alibori		55%		Femmes: 59% Hommes: 76%		Enquête CAP
			Zones de concentration			29%			Enquête Mini-CAP
27	Accès aux messages de santé	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 ans ou plus qui disent avoir entendu parler du message de santé par un média quel qu'il soit au cours des deux dernières semaines.	Borgou/Alibori		Femmes: 45% Hommes: 62%		Femmes: 47% Hommes: 53%		Enquête CAP
			Zones de concentration			Femmes: 42% Hommes: 55%			Enquête Mini-CAP

Appendice 2. Liste des documents et outils préparés durant le projet PROSAF

Études, recherches, évaluation, plans et rapports

1. Évaluation de la qualité de la gestion du système sanitaire dans le Borgou. (15-28 août 1999).
2. Atelier de réflexion sur les stratégies IEC/CCC dans le Borgou. (Octobre 1999).
3. Orientation en assurance qualité: manuel du participant. Bénin (Février 2000).
4. Prise de décisions relatives à la santé et à l'affectation des ressources au sein des ménages du Borgou. Bénin, Population Council (22-26 mai 2000).
5. PROSAF enquête CAP : manuel d'instruction du superviseur. (Mai 2000)
6. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé familiale. (21 mai-1er juin 2000).
7. Rapport narratif sur les activités de PROSAF au niveau communautaire. (Août 2000).
8. Rapport de l'atelier interdépartemental sur la décentralisation et ses implications pour le secteur de la santé. Parakou (12-13 septembre 2000).
9. Rapport de l'atelier de restitution de l'enquête CAP en matière de santé familiale et de l'enquête sur la prise de décisions relatives à la santé et l'affectation de ressources au sein des ménages. (Novembre 2000).
10. Prise de décisions relatives à la santé et l'affectation des ressources au sein des ménages du Borgou, Bénin. Population Council. (Novembre 2000).
11. Enquête complémentaire sur l'allaitement maternel exclusif. (6-9 janvier 2001).
12. Enquête sur l'allaitement maternel exclusif. (Mars 2001).
13. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé familiale au Bénin. (Avril 2001).
14. Stratégie de communication pour le changement de comportement. (Mai 2001).
15. Enquête qualitative sur les composantes de la santé familiale dans le Borgou et l'Alibori. (21-24 août 2001).
16. Pre-natal visit, vaccination & family planning in northern Benin: a report on qualitative research. (Août 2001).
17. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé familiale dans le Borgou et l'Alibori : mini CAP édition 1. (8-13 octobre 2001).
18. Institutionnalisation de l'assurance qualité dans les départements du Borgou et de l'Alibori au Bénin. (Mars 2003).
19. Évaluation de la qualité de la gestion du système sanitaire. (2 mars 2002).
20. Stratégie de formation et plan de mise en œuvre. (Mars 2002).
21. Training Strategy and Implementation Plan. (Mars 2002).
22. Plan pour le renforcement des capacités de gestion des responsables du système sanitaire. (Juin 2002).
23. Management Capacity Development Plan for Health System Managers. (Juin 2002).
24. Évaluation de la qualité de gestion du système sanitaire. Deuxième édition. (2003).
25. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé familiale au Bénin. (Juillet 2003).
26. Rapport d'évaluation de la campagne de théâtre communautaire dans le Borgou/Alibori. (Juillet 2003).
27. Behavior Change Communication Lessons Learned Report. (Décembre 2003).
28. Rapport d'évaluation de la campagne multimedia sur la santé infantile. (Février 2004).
29. Atelier de consensus sur la gestion de la logistique et l'approvisionnement des produits de santé dans le Borgou et l'Alibori. (Juin 2000).

Outils élaborés durant le PROSAF

1. Outils d'évaluation de la gestion:
   - Liste de contrôle pour l'observation en rapport avec la qualité de la prestation de soins de santé familiale / soins de santé primaire
   - Évaluation de l'établissement
   - Liste de contrôle pour la fonctionnalité des systèmes de soutien à la gestion (niveaux intermédiaire et périphérique)
2. Outils d'évaluation pour les COGEC
3. Adaptation des outils de gestion de la logistique elaborés par Le Projet de la Gestion des Logistiques de la Planification Familiale (FPLM), pour inclure les médicaments essentiels, les contraceptifs et les vaccins
4. Manuel sur les standards de formation
5. Programme d'études en:
   - Renforcement des capacités des COGEC (en français et en bariba)
     1. rôles et responsabilités,
     2. Organisation d'une réunion efficace et documentation des décisions,
     3. Démarche pour l'élaboration de règlements
     4. élaboration d'un plan de travail et d'un budget annuels pour le centre de santé et le COGEC
   - Rôles et responsabilités des comités villageois de santé et des comités locaux de volontaires
   - Services de santé à base communautaire pour les agents de santé villageois (en français, bariba, dendi et peul), notamment paludisme (fièvre), diarrhées, planification familiale, prevention VIH/IST, nutrition, techniques et de gestion de l'animation
   - Protocoles de santé familiale
   - Travail avec les médias traditionnels et populaires
   - Communication interpersonnelle
   - Introduction à l'assurance de qualité
   - Méthode rapide de résolution des problèmes (AQ)
   - Prévention des infections
   - Introduction à l'intégration des services de santé familiale
   - Supervision facilitative pour les équipes de gestion des zones sanitaires
6. Guide de formation pour l'approche de formation des sites entiers
7. Spots radio sur les comportements sains: hygiène et thérapie de réhydratation orale, planification familiale, paludisme
8. Chansons des médias traditionnels et populaires, pièces et "balades de griots" sur l'hygiène pour la santé de l'enfant et la planification familiale
9. Un jeu de 26 images pour le counseling en comportements sains pour prévenir et traiter le paludisme (4 histoires illustrées par des cartes de counseling, des manuels pour les mères enceintes et leur mari, des affiches et une aide de travail expliquant le dosage de la chloroquine)
10. Catalogue des supports d'IEC disponibles sur la santé familiale au Bénin
11. Revue de la documentation existante sur les études relatives aux comportements et aux attitudes pour ce qui est des questions de santé familiale
12. Guide pour les indicateurs de monitorage de la performance aux niveaux de la zone, du centre de santé et de la communauté
13. Tableau de bord pour les indicateurs essentiels à suivre dans l'hôpital de zone, les centres de santé et les zones sanitaires
14. Information sur la gestion des services de santé au niveau communautaire et instruments d'analyse prioritaires
15. Directives pour l'utilisation de la méthode de gestion par objectifs (PPO/ZOPP) dans le cadre d'un atelier et d'un processus participatif pour mettre au point des plans stratégiques sur trois ans pour les zones sanitaires
16. Méthodologie pour l'élaboration d'outils de supervision à tous les stades de la supervision
17. Outils de supervision
    - Pour les agents de santé du niveau communautaire
    - Pour les services intégrés de santé

Appendice 3: Résumé de la participation à la formation

Nombre de personnes formées, par thème, PROSAF 1999-2004, Bénin

Thème	Nombre d'agents de santé formés	Nombre de membres des communautés formés
PCIME clinique	142	-
Coaching (tutorat)	22	-
Protocoles de santé familiale	60	-
Planification familiale (techniques de contraception et prévention des infections)	100	-
Soins obstétricaux et néonatals d'urgence, niveau clinique	79	-
Soins obstétricaux et néonatals, niveau communautaire	-	110
Norplant (pose et retrait)	13	-
Assurance de qualité	108	210
Logistique et approvisionnement en produits	118	-
Compétences en formation	32	-
Communication interpersonnelle	287	-
Services à base communautaire	-	402
Alphabétisation	-	3,341