USAID | BÉNIN
DU PEUPLE AMERICAIN

BASICS

Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS)

RAPPORT FINAL

Contrat original dans le cadre du Partenariat pour la santé de l'enfant (PCHC)

N°GHA-I-07-04-00004-00

BASICS Benin Final Report (French Version)

BASICS Benin

July 30, 2009 – July 29, 2012

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Contract Number GHA-I-07-04-00004-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Basics Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS)
Management Sciences for Health
784 Memorial Drive
Cambridge, MA 02139
Telephone: (617) 250-9500
www.msh.org

Remerciements

Imprimé en octobre 2012 par le projet du Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS), fondé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par le Partenariat pour la santé de l'enfant (PCHC) en partenariat avec le « Management Sciences for Health » (MSH) dans le cadre du contrat N° GHA-I-07-04-00004-00. Les avis exprimés dans la présente publication n'engagent que BASICS Bénin et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Table des matières

Table des matières 3
Résumé analytique 5
Introduction 9
Contexte et objectifs 9
Zones d'intervention du projet 11
Principaux résultats du projet 12
Composante 1: Subventions aux ONG pour la PCIME-C 12
Résultats attendus 12
Réalisations 12
Difficultés 15
Leçons apprises 15
Composante 2: Assistance technique visant à développer des approches et des outils de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire 16
Résultats attendus 16
Réalisations 16
Difficultés 17
Leçons apprises 17
Composante 3: Renforcement des liens entre les communautés, les RC et leurs centres de santé respectifs 18
Résultats attendus 18
Réalisations 18
Annexes 31
Annexe 1: Tableau récapitulatif des outils développés avec le soutien de BASICS 31
Annexe 2: Tableau récapitulatif des sessions de formation menées par BASICS 34
Annexe 3 : Tableau des indicateurs de BASICS 35

Sigles

BASICS	Soutien de base pour l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (projet)
CBBE	Centre béninois pour le bien-être et la sauvegarde de l'environnement (ONG)
CCC	communication pour le changement de comportement
COVADES	Corps de volontaires africains pour le développement économique et social (ONG)
CRAM	Chargé de recherche action et mobilisation (unité d'une zone de santé chargée de la recherche et de la mobilisation sociale)
CTM	Cotrimoxazole
DEDRAS	Développement durable, le renforcement et l'auto promotion des structures communautaires (ONG)
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
EAQ	Équipe d'amélioration de la qualité
EDS	Enquête démographique de santé
GRADE	Groupe de recherche et d'action pour le développement et l'environnement (ONG)
GSM	réseau mondial de communication mobile
IEC	information, éducation et communication
IRA	infections respiratoires aiguës
MOH	Ministère de la santé (Ministry of Health)
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIME-C	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire
PDL	Programme de développement du leadership
PISAF	Projet intégré de santé familiale (Integrated Family Health Project)
PSI	Population Services International
RC	relais communautaire
SMS	service de mini-messages
SNGIS	système national de gestion de l'information sur la santé
TDR	test de diagnostic rapide
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Résumé analytique

Le projet de Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant (BASICS) Bénin, financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a œuvré pour mettre en place et renforcer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire (PCIME-C) — principalement, paludisme, diarrhée et infections respiratoires aiguës (IRA) — chez les enfants de moins de cinq ans. Le projet BASICS est un partenariat avec le Ministère de la santé (MOH) au niveau national, et a été mis en œuvre dans cinq zones de santé.

Subventions aux ONG pour la PCIME-C: Le projet BASICS s'est appuyé sur des organisations locales non gouvernementales (ONG) pour rapprocher les communautés et les zones de santé. À la suite d'un processus de mise en concurrence, le projet BASICS et le MOH ont sélectionné cinq ONG chargées de réaliser les tâches suivantes :

- Faciliter la mise au point d'un réseau de relais communautaires (RC) dans la zone de santé grâce à la formation et la supervision collaborative avec les équipes des zones de santé.
- Réaliser des activités de communications pour le changement de comportement (CCC), mises au point avec le soutien de BASICS, les zones de santé et les divers partenaires sociaux ; et
- Aider les équipes des zones de santé à créer et gérer une base de données des villages couverts par le projet. La base de données incluait la taille de la population, le nombre de ménages, la fréquentation des centres de santé et les interventions des RC pour traiter les maladies ciblées.

Assistance technique visant à développer des approches et des outils de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire (PCIME-C): afin d'appuyer les efforts de mise en œuvre par les zones de santé et les ONG, BASICS a soutenu le développement des outils suivants (approuvés par le MOH):

- des d'outils de mise en œuvre d'un ensemble d'interventions,
- des outils de formation des RC,
- des outils de suivi après formation,
- des outils de supervision de la formation des CHW,
- des critères de performance des CHW.

Renforcement des liens entre les communautés, les RC et leur centres de santé respectifs: Cette composante était axée sur les points suivants:

- Le renforcement des capacités des personnes, des familles et des CHW afin qu'ils puissent discerner les symptômes de paludisme, diarrhée, et IRA, et comprendre l'importance d'un traitement rapide du paludisme, de la diarrhée et des IRA,

- L'amélioration des connaissances et de la compréhension de la PCIME-C par les RC,
- La mise au point d'approches et d'outils pour une supervision d'appui entre les établissements de santé et les RC: les RC bénéficiaient d'une supervision d'appui individuelle et d'une supervision de groupe.

Figure 1. Principales réalisations du projet BASICS au Bénin

Principales réalisations du projet BASICS Bénin	
▪ Contribution à l'institutionnalisation de la PCIME-C au niveau national ▪ Création de cinq groupes d'outils de PCIME-C pour améliorer la gestion des cas ▪ Formation et soutien des RC pour le traitement de 86 609 cas de paludisme, diarrhée et IRA chez des enfants de moins de 5 ans entre septembre 2010 et avril 2012 ▪ Formation et soutien des RC pour effectuer 52 543 visites à domicile	▪ Formation de 1 048 RC (voir Annexe 2 pour la liste complète de la formation) ▪ Mise en œuvre d'un système de supervision des RC, qui a produit une amélioration de la prise en charge des maladies de l'enfant ▪ Mise au point d'un système d'envoi de mini-messages SMS en vue d'améliorer la détection, le traitement et la référence des cas • Création d'une base de données pour collecter et analyser les données communautaires

Afin de faciliter l'intégration des données communautaires du MOH au sein du Système national de gestion d'information sur la santé (SNGIS), BASICS et les équipes des zones de santé du MOH ont collaboré à la création d'une base de données pour collecter et analyser les données, et permettre aux structures du MOH de prendre en charge les données du niveau communautaire après la clôture du projet BASICS. Ainsi, en partenariat avec AFRICARE et la zone de santé de Djougou, BASICS et le MOH ont conçu, testé et finalisé une base de données en conjonction avec les autres équipes de coordination de zones de santé.

Le système de collecte de données pilote mis en place par BASICS consistait à remplir des formulaires électroniques et à les envoyer par SMS (système de mini-messages). À la requête du MOH, les données relatives aux cas observés, aux cas traités, à la gestion des stocks de médicaments et à la référence des cas graves furent recueillies lors de l'essai pilote. Grâce au soutien de « Medic Mobile », BASICS a créé quatre formulaires électroniques simplifiés correspondant aux formulaires imprimés : 1) rapport des cas observés, 2) rapport de la gestion des médicaments, 3) alerte de rupture de stock et 4) référence des cas

graves. En outre, BASICS a également formé les RC et leurs superviseurs sur l'utilisation de ces formulaires.

Le personnel des centres de santé et les RC ont répondu favorablement au système. Malgré quelques difficultés techniques rencontrées par BASICS lors de sa mise en place, dans l'ensemble, le système SMS/ réseau mondial de communication mobile (GSM) s'est avéré fiable et capable de relier les RC et leurs superviseurs. De plus, le système peut être utile dans d'autres domaines au sein de la santé, dont la coordination et la gestion des RC, la mobilisation pour les campagnes de vaccination, les stratégies de vulgarisation, la gestion de l'approvisionnement, les références des patients aux centres de santé et la contre-référence, la collecte de données et la cartographie des services de santé.

Lors de la mise en œuvre, divers défis ont apparu, surtout au regard de la qualité des soins, des communications entre les RC et les centres de santé, et des modifications de la politique du paludisme du MOH. BASICS a mis au point des innovations techniques pour surmonter ces difficultés.

Puisque l'évaluation après formation des RC a indiqué des lacunes en matière de qualité des soins, BASICS a mis en œuvre une approche collaborative plus efficace pour améliorer la performance des RC. Cette approche s'est servi d'équipes de RC et des superviseurs de leurs centres de santé pour essayer diverses méthodes d'assistance technique pour les RC. Cette nouvelle démarche se basait sur la supervision de groupe et l'encadrement de chaque RC sur place, en s'attachant particulièrement à ceux qui avaient le plus de difficultés. L'approche a encouragé les superviseurs à mieux participer au processus et à s'intéresser davantage aux tâches que les RC accomplissaient. Six mois après la mise en œuvre de l'approche collaborative la performance des RC s'était fortement améliorée pour tous les indicateurs.

BASICS a facilité l'intégration du Test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme au sein de la PCIME-C suivant la nouvelle politique du MOH, qui déclarait que tous les traitements du paludisme devraient être gratuits, mais uniquement avec une confirmation du diagnostic du paludisme. Dans l'anticipation de ce changement de politique, BASICS avait déjà prévu une étude pilote qui lui a permis de concrétiser rapidement la pratique et de mettre en commun les leçons apprises avec le MOH lors du passage à l'échelle suivante.

BASICS a œuvré avec les zones de santé et les directeurs du MOH pour actualiser l'algorithme de prise en charge des maladies de l'enfant – communautaire et y inclure l'utilisation des TDR. En collaboration avec les équipes de gestion des zones de santé, le personnel de BASICS a d'abord mené une formation des formateurs, qui, à leur tour, ont formé les RC pour l'utilisation des TDR. L'évaluation a indiqué que parmi les 40 RC de Tchaourou ayant suivi la formation:

- 85 pour cent des RC accomplissaient 90 à 100 pour cent des tâches TDR correctement;
- 10 pour cent des RC accomplissaient 75 à 85 pour cent des tâches correctement (à ce niveau, les RC avaient besoin d'une grande supervision); et
- 5 pour cent des RC accomplissaient moins de 70 pour cent des tâches correctement, et ont besoin de conseils supplémentaires sur le terrain.

Leçons apprises

- En favorisant les liens entre les zones de santé et les communautés, le partenariat entre les zones de santé et les ONG locales peut jouer un rôle vital dans l'établissement de la PCIME-C au Bénin, surtout dans les régions reculées. Les participants ont grandement apprécié les formations de développement de leadership, qui leur ont permis de former et d'améliorer un groupe de travail conjoint entre les ONG et les zones de santé.

- Les connaissances des RC laissaient particulièrement à désirer dans quelques unes des régions analysées lors du suivi après formation. L'application de la stratégie de collaboration à la zone de santé de Copargo a produit en peu de temps une nette amélioration au regard de la performance des RC. Ceci indique que les stratégies d'amélioration de la performance assorties d'un feedback immédiat sur les domaines requérant une amélioration sont très efficaces.

- La base de données que BASICS a créée avec le MOH et AFRICARE a facilité la saisie et le traitement des données des activités des RC. Cet outil permettra d'assurer la durabilité et l'intégration des statistiques communautaires au sein du Système national de gestion d'information sur la santé.

Difficultés et recommandations

- Une supervision individuelle régulière des RC, suivie d'un feedback immédiat sur les domaines requérant une amélioration permet de garantir la qualité et la continuité des services. Ce feedback devrait devenir systématique.

- Le partenariat entre les ONG locales et les zones de santé a produit des résultats solides et devrait être maintenu pour rendre les interventions plus efficaces.

Introduction

Contexte et objectifs

La population du Bénin s'élève à environ huit millions d'habitants, dont 44 % ont moins de quinze ans. Avec une croissance démographique annuelle d'environ 3 %, la population du Bénin devrait doubler au cours des vingt-quatre prochaines années, ce qui exercera une pression accrue sur un système de santé déjà débordé et qui a bien du mal à répondre aux besoins de la population actuelle. Les taux de mortalité maternelle et néonatale demeurent à un niveau élevé depuis plusieurs années, malgré les grands efforts consentis. Bien que quelques progrès aient été réalisés à l'égard de la baisse des taux de mortalité infantile et juvénile, ils restent insuffisants pour satisfaire l'objectif du Millénaire pour le développement n° 4, qui prévoit une réduction des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015. Le Tableau 1 ci-dessous montre les changements dans les indicateurs de santé des enfants au Bénin entre 1996 et 2006.

Tableau 1. Tendances de la mortalité pour les enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes)

Enquête	Mortalité néonatale	Mortalité juvénile	Mortalité infantile et juvénile
EDSB-I 1996	38,2	80,0	166,5
EDSB-II 2001	38,4	77,8	160,0
EDSB-III 2006	32,0	62,0	125,0

Source : EDSB-III 2006

Malgré des efforts majeurs, la mortalité infantile et juvénile du Bénin restent parmi les plus élevés des pays du littoral de l'Afrique de l'Ouest (62 et 125 pour 1 000, respectivement). On estime que la plupart de ces décès sont dus à des maladies infantiles évitables, comme le paludisme, les IRA et la diarrhée.

Pour répondre à la forte demande de soins médicaux, le ministère de la Santé du Bénin (MOH) a entrepris une réorganisation intégrale et organisé des partenariats avec le secteur privé, la société civile et les organisations religieuses en vue de fournir des services de soins de santé appropriés à sa population. En 1990, le Bénin a adopté une stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) afin d'offrir un traitement complet pour les enfants souffrant de paludisme, de pneumonie et de diarrhée — les principales causes de décès chez les enfants de 0 à 59 mois à l'échelle mondiale. Cette stratégie inclut des interventions curatives, préventives et promotionnelles appropriées dans les établissements de soins (PCIME clinique) et aux niveaux communautaire et familial (PCIME-C [communautaire]). Améliorer la couverture, étendre les services de la PCIME communautaire et former des RC pour fournir des services de santé de qualité aux communautés sont devenues des priorités dans le cadre de la lutte contre la faible fréquentation des services de santé. Cette dernière était illustrée dans l'enquête démographique sur la santé de 2006, qui indiquait que seuls 36 pour cent des enfants manifestant des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA), 37 pour cent des enfants souffrant de fièvre et 21 pour cent des enfants souffrant de diarrhée étaient conduits dans un établissement de santé pour y être soignés.

L'USAID a attribué le projet BASICS Bénin de trois ans au Partenariat pour la santé de l'enfant en 2009. Ce projet est le premier au Bénin à avoir mis en œuvre un programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire (PCIME-C) par l'intermédiaire d'un partenariat entre des ONG locales et le ministère de la Santé. Il couvrait les cinq zones de santé suivantes:

- Kandi-Ségbana-Gogounou et Banikoara, dans le département d'Alibori
- Tchaourou, dans le département de Borgou
- Djougou-Ouaké-Copargo et Bassila, dans le département de Donga

Le projet BASICS a conçu une stratégie de PCIME-C avec quatre éléments fondamentaux pour:

- Développer, optimiser et renforcer les capacités des ONG et du ministère de la Santé en vue d'une collaboration offrant aux communautés l'accès à des interventions sanitaires à grande échelle et à fort impact ;
- Démarrer une intervention axée sur la communauté dans les 5 zones de santé, en s'attachant à la continuité des soins ;
- Plaider en faveur de l'inclusion des IRA dans l'ensemble des interventions PCIME-C et
- Contribuer à institutionnaliser la PCIME-C au niveau national.

Ce rapport récapitule les résultats obtenus par le projet BASCIS entre le 1er août 2009 et le 29 juillet 2012.

Zones d'intervention du projet

Les trente-quatre zones de santé du Bénin représentent les unités opérationnelles les plus décentralisées du système de santé du Bénin, et correspondent à la description d'un « district sanitaire » par l'OMS. La zone inclut aussi des établissements de santé privés et toutes ces entités (tant publiques que privées) sont soutenues par un hôpital public ou privé (hôpital de zone), destiné à desservir une région comptant entre 100 000 et 200 00 habitants.

BASICS BENIN en chiffres

5 Zones de santé

93 Etablissements de santé

972 Agents de santé communautaires

202,116 Enfants de moins de cinq ans desservis, ce qui représente

16-20 % de tous les enfants de moins de cinq ans au Bénin

5 ONGs locales participantes

Période de fonctionnement

30 Juillet, 2009 – 29 Juillet, 2012

Figure 2. Carte de la couverture de la mise en œuvre du projet BASICS Bénin

Principaux résultats du projet

Composante 1: Subventions aux ONG pour la PCIME-C

Résultats attendus

- Renforcement des capacités des personnes, familles, communautés et agents de santé pour discerner les signes et les symptômes du paludisme et saisir l'importance d'un traitement rapide du paludisme.
- Amélioration des connaissances des RC et de leur compréhension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire.
- Prise de conscience accrue au sein de la communauté de l'utilisation régulière et correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.
- Amélioration de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant comme la diarrhée, l'ARI et le paludisme grâce à une approche axée sur la communauté.

Réalisations

Le projet BASICS a renforcé les capacités des ONG pour:

- Parvenir à gérer leurs subventions, en respectant les exigences ou en les dépassant ;
- Former, superviser, soutenir et retenir les RC sous la direction du ministère de la Santé ;
- Gérer leurs programmes efficacement.

1. Gestion des subventions

Afin d'accorder des subventions aux ONG locales, le partenaire du projet, le MSH (Management Sciences for Health) a lancé un appel à demandes de financement invitant les ONG à soumettre un document conceptuel. Quarante ONG ont soumis des documents conceptuels, qui furent reçus et étudiés par un groupe multidisciplinaire composé de représentants du ministère de la Santé, du Programme national de lutte contre le paludisme, des cinq zones de santé, de la direction de la Santé départementale à Borgou et Atacora, du Projet santé familiale, de PSI et du projet BASICS. Ainsi, cinq ONG locales ont été retenues pour recevoir des subventions :

- *Le Centre béninois pour le bien-être et la sauvegarde de l'environnement* (CBBE), pour la zone de santé de Banikoara
- GRADE, pour la zone de santé de Bassila
- *Le Corps de volontaires africains pour le développement économique et* social (COVADES), pour la zone de santé de Djougou-Copargo-Ouaké
- DEDRAS, pour la zone de santé de Tchaourou
- HANDICAP PLUS, pour la zone de santé de Kandi-Gogounou-Segbana.

Les ONG sélectionnées devaient exécuter les tâches suivantes :

- Faciliter le développement d'un réseau de RC dans la zone de santé par le biais de la formation et la supervision en collaboration avec les équipes des zones de santé,

- Mettre en œuvre des activités (CCC) avec le soutien du projet BASICS, les zones de santé et divers partenaires sociaux locaux,
- Aider les équipes des zones de santé à développer et gérer une base de données des villages couverts : la base de données incluait la taille de la population, le nombre de ménages bénéficiant du programme, la fréquentation des établissements de santé et les interventions des RC pour le traitement des maladies ciblées.

Les ONG ont aidé les RC dans la communication de messages éducatifs visant à promouvoir des pratiques en matière de santé comme la PCIME-C, l'aide aux familles pour l'utilisation appropriée des moustiquaires, la vaccination des enfants et la détection et la prise en charge de la malnutrition. Le personnel des ONG et le personnel infirmier des centres de santé se sont réunis régulièrement avec les RC pour mettre en commun et débattre des meilleures pratiques et des difficultés rencontrées dans leur travail quotidien. Ces réunions ont également permis aux ONG de collecter des informations et des données sur les activités des RC. Pendant les campagnes nationales de vaccination et de distribution de moustiquaires, les ONG ont aidé à organiser la participation des RC aux activités de distribution. Chaque mois, les ONG ont aidé l'équipe de la zone de santé à organiser des vérifications de la qualité des données et à fournir un feedback et des suggestions aux RC.

Les ONG ont aussi participé à trois études pilotes mises en œuvre la troisième année du projet BASICS. Trois des cinq ONG ont œuvré en vue de :

- Organiser, former et assurer le suivi des RC à Tchaourou et Bassila lors de la mise en place du test du système pilote de mini-messages (SMS),
- Mettre en œuvre le processus d'approche de collaboration pour l'amélioration de la performance dans la zone de santé de Copargo avec le personnel infirmier des centres de santé, les RC et les équipes assurance qualité,

- En collaboration avec le personnel infirmier, organiser, former et superviser conjointement l'introduction du processus de TDR du paludisme à Gogounou et Tchaourou.

2. Renforcement des capacités du gouvernement et des ONG bénéficiaires de subventions pour la mise en œuvre de la PCIME-C

Le projet BASICS Bénin a renforcé les capacités des ONG de la manière suivante:

- Le personnel du projet a régulièrement contrôlé les activités des ONG en assistant à des réunions de consultation organisées par les zones de santé et à la participation à des contrôles collectifs et des évaluations trimestrielles. Ce suivi a permis aux ONG de mieux gérer leurs activités, d'améliorer la qualité de leurs documents comptables et de leurs rapports techniques et financiers, et de garantir la conformité avec les normes de production et d'archivage.

- Le projet BASICS a organisé deux séances de renforcement des capacités destinées aux dirigeants d'ONG: l'une pour former ceux-ci au développement du leadership et au travail d'équipe, l'autre portant sur l'utilisation du logiciel comptable QuickBooks et sur la planification de leurs activités contractuelles. Le projet a également créé un guide de gestion des subventions, qu'il a distribué aux ONG en septembre 2010 pour faciliter la gestion administrative et financière de leurs subventions.

- À la fin du projet, le renforcement efficace des capacités des ONG fut mis en valeur lorsque quatre parmi les cinq ONG (GRADE, DEDRAS, CBBE et HANDICAP-PLUS) reçurent un financement supplémentaire de la part d'autres partenaires comme l'Union européenne, le Plan Bénin et le gouvernement du Bénin pour la première fois.

Le projet BASICS Bénin a renforcé les capacités des zones de santé de la manière suivante:

- Par ailleurs, un consultant du projet Basics a fourni une assistance technique continue auprès du MOH, ce qui a permis d'aider les fonctionnaires du ministère à passer en revue les instruments de réglementation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire et à mettre au point des documents de référence sur ce même sujet. Avec le soutien du projet, le MOH a révisé les directives nationales et les outils pour la PCIME-C qui incluaient la formation et la supervision des RC.

- Le projet BASICS a renforcé les compétences en matière de leadership du personnel du MOH, de la Direction de la santé de la mère et de l'enfant, au Programme national de lutte contre le paludisme, en passant par la Direction nationale de la santé publique, grâce au Programme de développement du leadership (PDL). Cette formation a renforcé la dynamique de l'équipe et la performance du personnel du MOH, et amélioré leurs compétences en matière d'analyses de la situation et mise en place d'un plan d'action.

- Le projet a aussi financé la participation de fonctionnaires du MOH à des réunions régionales et internationales portant sur la politique de la PCIME-C, afin qu'ils soient mis au courant des nouvelles stratégies internationales au regard de la santé de l'enfant pour mettre en commun leurs expériences avec d'autres pays.

- Le projet BASICS a renforcé le mécanisme de coopération/collaboration avec les partenaires et les clients au nom du MOH. Après consultation avec le MOH, un comité de pilotage fut mis en place pour assurer une surveillance technique du projet entre le MOH et le projet BASICS. Des réunions périodiques eurent ensuite lieu pour mettre en commun les informations sur la mise en œuvre, les leçons apprises et les difficultés du projet. Le MOH a jugé ce comité de pilotage utile et l'a étendu pour qu'il couvre d'autres projets du ministère.

3. Sensibilisation accrue des communautés sur la l'utilisation régulière et correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée

Les RC ont fourni aux mères des informations et des conseils sur la santé de leurs enfants, y compris sur le paludisme, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et la nécessité d'un traitement précoce du paludisme. Après la campagne nationale de distribution de moustiquaires de juillet 2011, organisée par des ONG locales avec le soutien des RC, et basée sur les données recueillies en 2012, on détermina que plus de 50 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée ont été utilisées dans les zones d'intervention du projet BASICS.

Difficultés

Malgré le processus de sélection, certaines ONG ont montré des faiblesses et des performances insuffisantes dans la gestion de leur subvention. Il s'avère toujours difficile, à l'heure actuelle, pour les ONG d'assurer le suivi et le renforcement continu des capacités de leur personnel.

De nombreux projets ou programmes pilotes offrent des tâches supplémentaires pour les RC, ce qui pourrait avoir une incidence sur leur disponibilité ou la qualité de leurs services au sein du projet BASICS. L'un des rôles que pourrait jouer le comité directeur est d'assurer la coordination entre les différents projets afin que les RC ne soient pas surchargés et puissent donc continuer à fournir des services de grande qualité.

Leçons apprises

Les partenariats entre les zones de santé et les ONG contribuent à appuyer la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités sur le terrain et sont aussi un facteur essentiel pour assurer la pérennité. À la clôture du projet BASICS, les RC étaient motivés et capables de fournir des soins de qualité, et les communautés restaient mobilisées pour soutenir la PCIME-C.

Composante 2: Assistance technique visant à développer des approches et des outils de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire

Résultats attendus

- Développement d'approches et d'outils communautaires communs pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire (PCIME-C) du paludisme, des maladies diarrhéiques et des IRA ; et
- Stratégies et matériel perfectionné au regard de l'information, l'éducation et communication (IEC) et de la CCC pour appuyer la PCIME-C du paludisme, des maladies diarrhéiques et des IRA.
- Renforcement des capacités pour le gouvernement du Bénin et les ONG bénéficiaires de subventions pour la mise en place une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire.

Réalisations

1. ***Développement d'approches et d'outils communautaires communs pour la PCIME-C du paludisme, de la diarrhée et de l'IRA***

Cinq groupes d'outils (voir Annexe 1) ont été mis au point avec le soutien du projet BASICS et approuvés par le MOH au cours d'une cérémonie officielle le 22 avril 2011. Ces outils incluent :

- des outils de mise en œuvre d'un ensemble d'interventions,
- des outils de formation des RC,
- des outils de suivi après formation,
- des outils de formation pour la supervision des RC, et
- des critères de performance des RC.

Pendant la première année du programme, le projet BASICS, l'OMS et l'UNICEF ont plaidé conjointement pour la révision de la stratégie de la PCIME-C du MOH. BASICS a joué un rôle de leader lors de nombreuses réunions de donateurs en plaidant pour l'ajout des IRA à l'ensemble des interventions de la PCIME-C afin d'accroître l'accessibilité à la prise en charge intégrée – communautaire de l'une des principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Le projet a cité des exemples provenant d'autres pays (soient le Sénégal, la RDC, Madagascar) pour prouver comment des RC bien formés et supervisés — même ceux dotés de peu ou pas d'éducation — avaient su gérer correctement des cas de pneumonie, de paludisme et de diarrhée au niveau communautaire.

La Direction de la santé de la mère et de l'enfant, la Direction nationale de la santé publique, l'UNICEF, l'OMS et d'autres parties prenantes ont convenu de plaider en faveur de l'inclusion de l'IRA au niveau communautaire, afin que les RC puissent assurer une prise en charge intégrée pour l'IRA. Après un plaidoyer prolongé et réussi, le MOH a publié un décret autorisant l'inclusion du traitement des IRA au niveau communautaire dans l'ensemble des interventions, décret qui a été signé le 4 mars 2010.

Le projet BASICS a pu continuer ses efforts de plaidoyer en faveur de la fourniture initiale de médicaments aux RC. Le ministère de la Santé a signé une lettre le 14 février 2011 autorisant le médecin-chef des zones de santé à fournir aux RC formés les premiers médicaments pour la PCIME-C.

2. Stratégies et matériel d'IEC et de CCC perfectionnés pour soutenir la PCIME-C du paludisme, de la diarrhée et des IRA

Afin de soutenir la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), un consultant a aidé le ministère à revoir la stratégie de communication nationale et les outils d'IEC. Le consultant a effectué un examen exhaustif des documents et développé un projet de stratégie révisée en partenariat avec la DSME, qui a ensuite été soumis au MOH. Tous les outils d'IEC (c'est-à-dire boîtes à images, spots radio, etc.) ont été collectés, et le matériel jugé approprié pour une utilisation au niveau communautaire a été reproduit par le projet BASICS et d'autres partenaires, comme l'UNICEF et AFRICARE.

Des ONG locales ont réalisé des spots radio qui furent diffusés sur les stations locales pour rappeler aux communautés l'importance des pratiques de prévention.

Difficultés

L'une des plus grandes difficultés fut la diversité des dialectes dans la région du projet, ce qui compliquait la diffusion des programmes radio dans les communautés. C'est pourquoi, les chefs de communautés et de village ont largement participé à la dissémination des messages.

Leçons apprises

Une collaboration étroite avec d'autres partenaires pour la mise au point d'outils est essentielle pour accélérer la mise à l'échelle de la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions à fort impact au niveau communautaire. Les divers outils mis au point à cet effet ont contribué à améliorer la qualité des soins des RC comme suit:

- Ils ont réellement servi de liste de contrôle et d'organigramme,
- Ils ont facilité la mise en conformité avec les directives étudiées pendant la formation,
- Ils ont indiqué les étapes et les décisions à prendre,
- Ils ont rendu compte des résultats d'un traitement ou d'une consultation,
- Ils ont constitué une source des données PCIME-C,
- Ils ont offert aux RC la possibilité d'élargir leurs connaissances en matière de techniques de communication et de techniques pour évaluer, identifier et traiter les enfants malades,
- Ils ont permis de collecter, traiter et d'analyser les données concernant les services offerts par les RC,
- Ils ont accru la visibilité des activités des RC.

Composante 3: Renforcement des liens entre les communautés, les RC et leurs centres de santé respectifs

Résultats attendus

- Une capacité renforcée des personnes, des familles et des RC leur permettant de discerner les signes et les symptômes du paludisme, de la diarrhée et des IRA, et de comprendre l'importance d'un traitement rapide.
- Une connaissance et une compréhension améliorées de la PCIME-C par les RC.
- Des approches et outils mis au point pour une supervision de soutien entre l'établissement de santé et les RC.

Réalisations

1. ***Une capacité renforcée des personnes, des familles et des RC leur permettant de discerner les signes et les symptômes du paludisme, de la diarrhée et des IRA et de comprendre l'importance d'un traitement rapide***

Auparavant, les agents de santé et les RC apprenaient à identifier les signes et les symptômes du paludisme et à conseiller les mères de chercher des soins aussitôt que l'enfant tombait malade. Avec l'appui des ONG locales, les RC ont continué de conseiller les mères sur le paludisme et à le traiter, mais ils ont aussi élargi la couverture des traitements pour inclure la diarrhée et les IRA. Les messages de promotion de la santé auprès des mères et des gardiens se sont élargis aussi pour couvrir des sujets tels que l'utilisation de moustiquaires traitées en prévention du paludisme, l'ébullition de l'eau pour éviter la diarrhée, la vaccination complète des enfants et le besoin d'un traitement précoce du paludisme, de la diarrhée et des IRA. Les RC utilisaient des tableaux papier décrivant ces messages de santé pour éduquer les mères et les parents pendant les visites à domicile.

2. Une connaissance et une compréhension améliorées de la PCIME-C par les RC

Au cours de la première année, le projet BASICS a formé 193 formateurs et 233 RC. Ces nombres ont augmenté la deuxième année à hauteur de 802 nouveaux RC pour un nombre total de 1 048 RC formés. Les ONG bénéficiaires de subventions de BASICS et les équipes des zones de santé ont fourni une supervision régulière. Le projet a publié et distribué un manuel conçu pour les RC afin de mieux les guider dans les procédures de PCIME-C lorsqu'ils sont nouvellement formés

BASICS a fourni à chaque RC un sac contenant une trousse de matériel (voir tableau 2) et les médicaments de base (voir tableau 3). La pharmacie de la zone de santé a fourni tous les produits pharmaceutiques, selon le système de recouvrement des coûts du MOH (voir tableau 3).

En février 2011, le projet a mené une évaluation après formation. Sur les 1 048 RC formés par le projet, 972 (soit environ 93 pour cent) pouvaient être contactés et évalués. La perte globale de RC formés était donc de 7 pour cent. Les raisons principales de cette réduction naturelle des effectifs étaient la maladie, le décès et le manque d'information sur certains RC. La zone de santé de Bassila a eu le taux de réduction d'effectif le plus bas.

Tableau 2. Contenu des trousses des RC

Boîte métallique contenant : ▪ Une serviette ▪ Une lampe torche ▪ du savon ▪ Un minuteur ▪ Une petite boîte pour l'argent ▪ Une trousse de médicaments	▪ Une bouteille en plastique de 5 litres ▪ Un récipient gradué d'un litre ▪ Une petite tasse ▪ Deux cuillers ▪ Une cuvette en plastique ▪ Un bécher d'un litre ▪ Un imperméable

Tableau 3. Médicaments et autres éléments fournis aux RC par la pharmacie de la zone de santé

▪ Traitement combiné de l'artémisinine (Coartem) ▪ Des sels de réhydratation orale ▪ Du sulfate de zinc ▪ Du cotrimoxazole (CTM) ▪ Un minuteur ▪ Un ruban pour mesurer la circonférence du bras et évaluer l'état nutritionnel ▪ Feuilles pour les prises en charge des maladies de l'enfant – communautaires, et pour les rapports ▪ Un crayon, une gomme, un stylo bille

3. Approches et outils de supervision de soutien mis au point pour utilisation par l'établissement de santé et les RC

Pour maintenir et renforcer les connaissances que les RC ont acquises pendant leur formation initiale, le projet BASICS a veillé à ce que les volontaires reçoivent une supervision adéquate. Des infirmiers et infirmières des centres de santé ont fait des visites de supervision en collaborant étroitement avec les ONG locales. Le projet BASICS suivait deux approches de supervision :

- *Une supervision individuelle de soutien:* les superviseurs rendaient visite aux RC dans les villages pour aider ces volontaires à mieux gérer les cas en leur offrant un feed-back sur les faiblesses qu'ils avaient observées. À la fin de la visite, le superviseur faisait son compte-rendu au RC et, ensemble, ils mettaient au point un plan d'amélioration de la performance qui serait revu au début de la prochaine visite de supervision mensuelle. Au cours de ces visites, les superviseurs communiquaient fréquemment avec les mères et les autres membres de la communauté, et recueillaient les informations appropriées en remplissant les formulaires pertinents.
- *Une supervision de groupe :* comme le Ministère de la Santé l'avait recommandé, tous les RC d'une même zone se réunissaient au centre de santé pour discuter de leurs expériences et des problèmes auxquels ils se trouvaient confrontés, en particulier le réapprovisionnement des diverses fournitures. Au cours de ces réunions, les fonctionnaires des centres de santé recueillaient toutes les informations.

Pour superviser, surveiller et suivre les activités des RC de façon régulière et réussie, le projet BASICS a adapté des outils de supervision des RC comme mentionnés plus haut dans la Composante 2.

Les RC ont traité 86 609 cas de paludisme, de diarrhée et d'IRA au cours des trois années de la vie du projet. De plus les RC ont fait 52 543 visites à domicile, (35 581 en 2011 et 16 962 en 2012). Du fait que ces RC travaillaient dans des zones reculées, loin des centres de santé, nombre de ces cas n'auraient sans doute pas survécu si les RC n'avaient pas été là pour prodiguer les soins.

4. Création d'une base de données pour collecter et analyser les données des communautés

Pour aider le Ministère de la Santé à intégrer les données des communautés dans le système national d'information de gestion sur la santé (SNIGS), le projet BASICS et les équipes de santé des zones du MOH ont collaboré à la création d'une base de données pour collecter et analyser les données communautaires, et permettre aux structures du ministère de prendre en charge ces données après la clôture du projet BASICS. La base de données a été conçue, testée et finalisée en partenariat avec AFRICARE et le centre de santé de Djougou en conjonction avec les équipes de coordination des autres zones de santé. Voir le tableau des indicateurs dans l'annexe 3 qui indique les types d'information collectées par cette base de données.

86 609 cas de paludisme, de diarrhée et d'IRA chez des enfants de moins de cinq ans ont été traités par les RC entre septembre 2010 et avril 2012.

BASICS a aussi soutenu la formation du personnel des unités statistiques des cinq zones de santé pour s'assurer qu'elles savaient utiliser correctement la base de données pour la collecte de données et la création de tableaux de bord pour leurs équipes respectives. Cependant, l'utilisation de la base de données au niveau de la zone de santé devra être suivie par les zones de santé pour garantir qu'elle suit les normes du MOH.

Tableau 4. Cas de maladies chez des enfants de moins de cinq ans soignés par des RC pendant le projet

	2010		2011		2012	
	Objectif	**Réalisé**	**Objectif**	**Réalisé**	**Objectif**	**Réalisé**
Paludisme	6 057	9 623	24 226	38 601	15 769	18 373
Diarrhée	1 971	1 934	7 884	4 428	1 845	1 371
IRA	1 040	2 535	4 154	6 730	2 800	3 016

5. Approches et outils novateurs pour améliorer la PCIME-C

❖ Le système de communications SMS de GSM

Malgré les relations développées entre les centres de santé et les RC, il n'est pas encore facile d'obtenir une information utile en temps réel sur les activités exécutées au niveau communautaire, parce que, pour l'heure, il n'existe pas de système de communication organisé. Pour explorer si les textes SMS étaient susceptibles de réduire le temps de communication entre les centres de santé et les RC, le projet BASICS a mené un essai pilote. BASICS a sélectionné deux zones de santé pour tester la possibilité de renforcer la communication entre le niveau communautaire et les établissements de santé en utilisant des SMS pour:

- Améliorer les références par le RC des cas graves aux centres de santé ou aux hôpitaux de la zone en réduisant le temps de référence et rendant la procédure de contre-référence plus systématique ;
- Alerter le centre de santé des cas de malnutrition modérée établis par les RC et exigeant un traitement au niveau du centre de santé ;
- Rendre compte de l'état des stocks de médicaments en temps opportun pour éviter les ruptures de stock ; et
- Partager l'information quotidienne, en particulier sur les activités des RC — des demandes de conseil de la part de RC, un feed-back de la part de l'infirmier/infirmière en chef, ou toute information avec un RC ou tous les RC. Le système visait aussi à mettre en commun les rapports mensuels des données recueillies par les RC afin que les données recueillies soient plus complètes et plus actuelles. Environ 80 pour cent des données étaient complètes, ce qui indique que de nombreuses données n'ont pas été transmises.

Le système que BASICS a piloté envoyait les formulaires par SMS. À la requête du MOH, ces formulaires recueillaient les données sur les cas observés/traités, les stocks de médicaments et les références de cas graves. Avec le soutien de Medic Mobile, BASICS a mis au point quatre formulaires qui correspondaient

à des versions simplifiées des formulaires imprimés du MOH. Les quatre formulaires étaient les suivants :

- Rapport des cas observés
- Rapport sur la gestion des médicaments
- Alerte des ruptures de stock
- Références des cas graves

Chaque semaine (au plus tard lundi à minuit), les RC envoyaient un message SMS signalant le nombre de cas observés ou traités, ainsi que le rapport sur les médicaments. Un accusé de réception était envoyé à chaque RC lorsque les données étaient reçues dans le système. Pour les références de cas, des messages SMS exigeaient une action immédiate de la part de l'infirmier ou infirmière en chef, ou de l'hôpital. Les messages de références étaient reçus directement par l'hôpital auquel les malades étaient référés en même temps que par l'infirmier ou l'infirmière en chef. L'hôpital avait alors la possibilité de contacter le RC par le formulaire de contre-référence en envoyant un SMS traditionnel, ou en appelant le RC.

BASICS a assuré la formation de l'ensemble des 42 agents de santé des établissements de santé et des services d'urgence de l'hôpital de Tchaourou et Bassila pour leur apprendre à utiliser le système SMS/GMS. À leur tour, ils ont formé 88 pour cent des RC de Tchaourou (152 sur 171) et 100 pour cent de ceux de Bassila (102 sur 102).

Résultats du Système de communication SMS/GSM

Les tableaux ci-dessous montrent le nombre d'agents de santé formés dans les zones de santé respectives (voir tableau 5), et le nombre de messages envoyés entre janvier et mars 2012 (voir tableau 6).

Tableau 5: Agents de santé et RC formés par BASICS pour l'utilisation de la technologie SMS/GSM

	Agents de santé formés	RC formés	TOTAL
Tchaourou	25	152	177
Bassila	17	110	137

Tableau 6: SMS envoyés par les RC par type de formulaire du 30 janvier au 28 mars 2012, suivant le type de formulaire

	Rapport sur les cas observés/traités	Rapport sur la gestion des médicaments	Alertes des ruptures de stock	Références de cas
Tchaourou	258	98	47	29
Bassila*	67	15	13	1

Difficultés du Système de communication SMS/GSM

- Une longue procédure de négociations avant de signer un accord avec la MOOV Bénin, grande compagnie de télécommunications au Bénin,
- Besoin d'un expert hautement qualifié pour installer le système,
- Couverture insuffisante du réseau SMS.

Leçons apprises du Système de communication SMS/GSM

- Le SMS/GSM est un système fiable qui permet de relier les RC avec leurs superviseurs,
- Le contact doit être maintenu entre les RC et les responsables des centres de santé pour améliorer le système,
- Le système peut être utilisé dans d'autres domaines de la santé, en particulier pour :
    - la coordination et la gestion des RC
    - la mobilisation pour les campagnes de vaccination
    - les stratégies de vulgarisation
    - la gestion des fournitures
    - les références aux centres de santé et les contre-références
    - la collecte des données
    - la cartographie des services de santé

❖ **L'approche de collaboration pour améliorer la performance par la supervision**

A la suite d'une évaluation après formation des RC, ayant indiqué des faiblesses en matière de qualité des soins de santé, BASICS a mis en place une approche de collaboration révisée pour améliorer la performance des RC. Grâce à une étroite collaboration avec le MOH, BASICS a utilisé l'approche dans le village de Copargo entre octobre 2011 et fin mars 2012.

L'approche révisée de BASICS, préconisant la collaboration, fut mise en œuvre auprès des équipes de RC et des superviseurs de leurs centres de santé afin de tester les meilleures méthodes permettant d'offrir un soutien technique aux RC. Cette nouvelle approche était basée sur la supervision de groupe et l'encadrement individuel de chaque RC sur place, en s'attachant surtout à ceux qui semblaient avoir le plus de difficultés. L'approche a encouragé les superviseurs à participer et s'intéresser davantage aux tâches qu'exécutaient les RC. BASICS a également établi six équipes locales d'amélioration de la qualité (EAQ), constituées de RC, du superviseur du centre de santé et de membres de la communauté. Les EAQ tentaient de résoudre les questions par le biais de réunions périodiques organisées à cette fin. Dans le cadre de la supervision technique révisée, le projet a organisé des sessions d'apprentissage pour les EAQ. Ces sessions permettaient aux membres des EAQ de parler des résultats obtenus, des problèmes et des réussites et établir les meilleures pratiques dans le but d'une amélioration rapide la performance. Sous la supervision du médecin chef de la commune et du consultant et conseiller de BASICS pour le projet de collaboration, le projet organisa deux sessions d'apprentissage dans chaque centre de zone de santé.

Six mois après la mise en œuvre de cette nouvelle approche de collaboration, tous les indicateurs indiquaient que la performance des RC s'était nettement améliorée (voir tableau 7).

Tableau 7. Évolution de la performance des RC à Copargo en utilisant l'approche de collaboration révisée de BASICS

N°	Indicateurs	Performances		
		Évaluation après formation	Suivi après 3 mois	Suivi après 6 mois
1	RC qui posent les questions appropriées pour déterminer les signes de danger et la gravité de la maladie	79%	93%	**98%**
2	RC qui calculent correctement le rythme respiratoire des enfants observés pour la toux	71%	85%	**100%**
3	RC classant la respiration rapide comme étant la pneumonie	71%	92%	**100%**
4	RC traitant correctement les enfants de moins de cinq ans atteints de pneumonie	57%	75%	**100%**
5	RC qui suivent au moins 80 pour cent des normes du traitement pour la toux chez les enfants de 2 à 59 mois	50%	91%	**100%**

Note : les chiffres sont arrondis

Le Tableau 7 ci-dessus indique qu'en six mois, l'approche de collaboration a produit de nettes améliorations, surtout au niveau de:

- L'aptitude des RC de chercher systématiquement les signes de danger et de gravité — augmenté de près de 25 pour cent ;
- La capacité de calculer correctement les rythmes respiratoires — augmenté de plus de 30 pour cent ;
- La capacité des RC de classifier la respiration rapide — augmenté de 30 pour cent ;
- La capacité des RC de traiter correctement la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans — augmenté de 40 pour cent ; et
- La proportion de RC qui ont amélioré leur capacité à suivre au moins 80 pour cent des normes de traitement pour la toux — a doublé.

Ceci indique que le suivi et la supervision des RC par les infirmiers/infirmières et d'autres professionnels de la santé est cruciale et constitue une bonne pratique qui doit être encouragée.

Le personnel du MOH a offert un feed-back positif quant au succès de l'approche de collaboration lorsqu'on lui a demandé son avis sur la supervision des RC pendant la formation. Les citations suivantes montrent que ce processus a été très apprécié :

« *Quand les RC viennent au centre pour la supervision en groupe, ils sont ennuyés de ne pas pouvoir réellement parler avec l'infirmier ou infirmière en chef à cause de la pression et de la charge de travail. Pourtant, pendant la supervision sur place, l'infirmière en chef est plus en mesure d'écouter le RC, et peut saisir cette occasion pour résoudre des problèmes et corriger toute mauvaise information*. »

- Infirmière en chef de Kpassabia

« Si l'approche de collaboration est appliquée comme nous le prévoyons et nous le faisons, les avantages seront énormes en termes de qualité des soins intégrés des maladies des enfants de moins de cinq ans, offerts par les RC. Cette approche resserrera les liens entre les RC et les infirmiers/infirmières en chef, qui pourraient même profite de l'occasion pour revoir la stratégie clinique PCIME. »

- Directeur des services de santé de la zone de santé de Copargo

« Le RC que je supervisais avait l'habitude de prescrire 5 comprimés de 480mg de Cotrimoxazole à des enfants de 2 à 12 mois, au lieu de sept. Il disait que c'était ce qu'il avait appris d'un autre RC. La supervision sur place m'a permis de corriger toute mauvaise information que le RC aurait reçue. »

- Infirmière de Kpassabia

« Après la présentation des résultats de l'atelier d'orientation et de planification de l'approche de collaboration, les RC de la zone de santé de Copargo décidèrent de se réunir entre eux périodiquement pour discuter de leurs problèmes... À la grande surprise de tous, le jour de la réunion, les deux RC peu dynamiques, qui étaient souvent en retard, étaient arrivés parmi les premiers. »

- Chef du Centre de santé communautaire de Copargo

Meilleures pratiques de l'approche de collaboration pour l'amélioration de la performance par la supervision

- Le suivi et la supervision des RC par des infirmiers/infirmières est une bonne pratique qui devrait être encouragée. Lorsque les infirmiers (ou infirmières) sont suffisamment motivés et s'intéressent vraiment au processus de supervision, ils font tout ce qu'il faut pour garantir que le travail des RC est conforme aux normes.

- L'encadrement individuel des RC a contribué à l'amélioration de leurs aptitudes, malgré leur bas niveau d'éducation et d'alphabétisation. Dans l'approche de collaboration, les personnes chargées de l'encadrement répartissaient les RC selon leur capacité d'apprentissage, avec une attention particulière aux RC qui avaient besoin davantage de conseils.

- Les occasions offertes aux RC de faire part de leurs expériences vécues et des problèmes rencontrés ont contribué à l'amélioration de leur performance.

Difficultés de l'approche de collaboration pour l'amélioration de la performance par la supervision

La complexité de la feuille de rapport de la PCIME-C pour les enfants de moins de cinq ans a posé des difficultés au regard du rassemblement de l'information reçue lors de la formation, et a exigé des explications supplémentaires lors de la supervision et des réunions.

Leçons apprises de l'approche de collaboration pour l'amélioration de la performance par la supervision

- La motivation des RC et les stratégies de supervision mises au point grâce à l'approche de collaboration sont cruciales pour l'avenir des PCIME-C.

- Les résultats indiquent clairement que les RC sont capables d'exécuter des tâches à condition qu'il y ait un suivi continu et approprié.

- L'approche de collaboration a montré que la participation du système de santé était nécessaire, assortie d'une structure convenable pour appuyer ce genre d'activité dès le début. L'approche de collaboration a aidé à conforter les aptitudes de travail en groupe en visant objectif commun. À Copargo, les RC ont pris l'initiative de se réunir périodiquement entre eux pour discuter de leurs difficultés.

- Les outils doivent être adaptés au niveau d'éducation des RC ; dans ce cas moins d'information et de meilleures illustrations. Les équipes de contrôle de la qualité devraient aussi tester ces outils par pour s'assurer qu'ils conviennent aux RC et répondent à leurs besoins.

❖ **Inclusion des tests de diagnostic rapide (TDR) dans la PCIME-C**

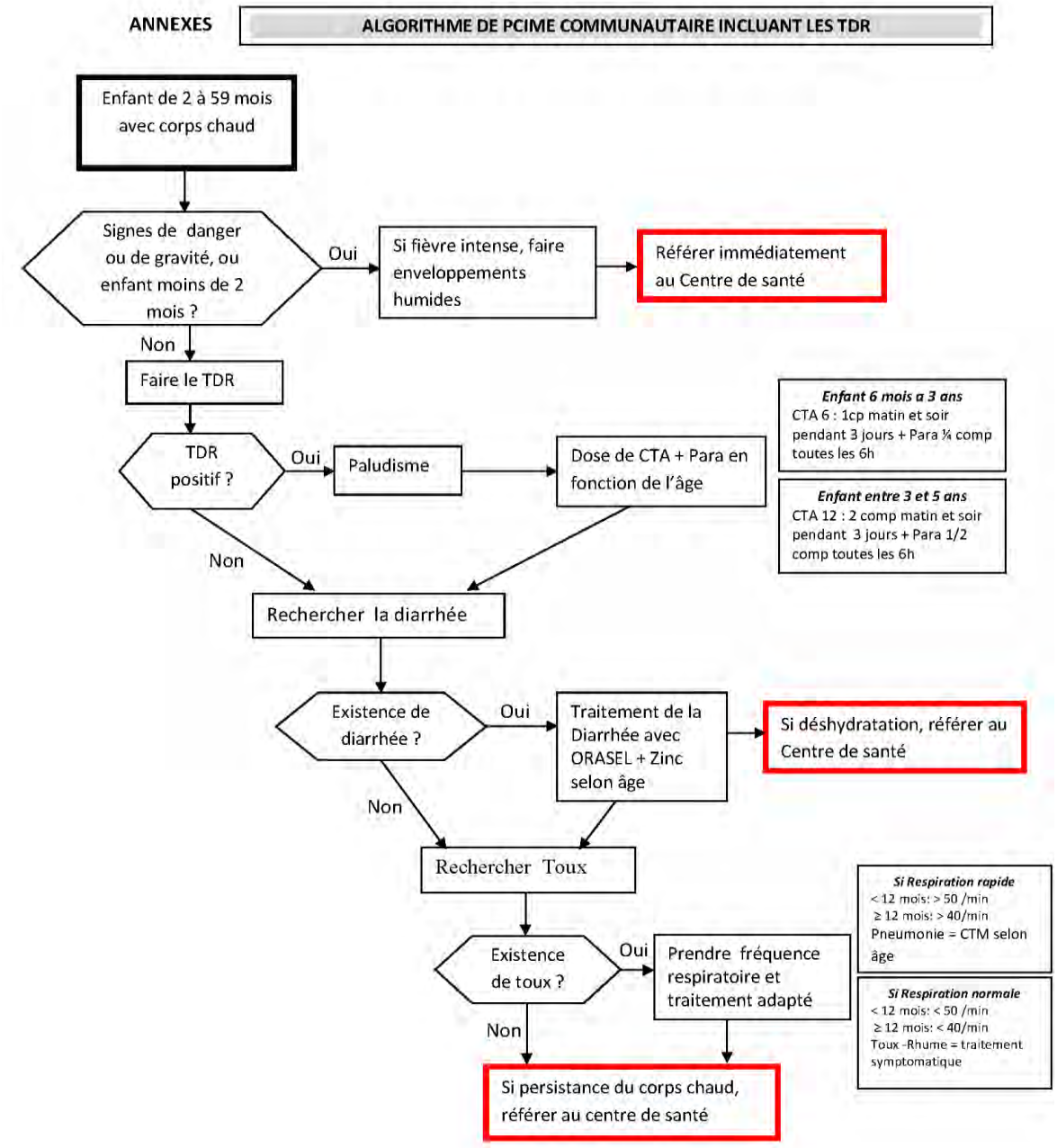
BASICS a facilité l'intégration du Test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme au sein de la PCIME-C suivant la nouvelle politique du MOH, qui déclarait que tous les traitements du paludisme devraient être gratuits, mais uniquement avec une confirmation du diagnostic du paludisme. Dans l'anticipation de ce changement de politique, BASICS avait déjà prévu une étude pilote, ce qui lui a permis de concrétiser rapidement la pratique et de mettre en commun les leçons apprises avec le MOH lors du passage à l'échelle suivante.

BASICS a œuvré avec les zones de santé et les directeurs du MOH pour actualiser l'algorithme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire (PCIME-C) et y inclure l'utilisation des TDR (voir figure 3). En collaboration avec les équipes de gestion des zones de santé, le personnel de BASICS a d'abord mené une formation de formateurs, puis une formation des RC en matière d'utilisation des TDR le 26 janvier 2012 et le 23 février 2012 dans deux zones ciblées par le projet à Tchaourou et Gogounou. Un total de 102 RC reçurent cette formation. BASICS a appuyé les équipes de Tchaourou et Gogounou, mais seuls les RC de Tchaourou firent l'objet d'un suivi, puisqu'ils étaient les seuls à recevoir les produits et le matériel nécessaires pour effectuer les TDR.

Parmi les 40 RC de Tchaourou, une évaluation après formation a indiqué que:

- 85 pour cent des RC accomplissaient 90 à 100 pour cent des tâches TDR correctement ;
- 10 pour cent des RC accomplissaient 75 à 85 pour cent des tâches correctement (à ce niveau, les RC avaient besoin d'une grande supervision) ; et
- 5 pour cent des RC accomplissaient moins de 70 pour cent des tâches correctement, et ont besoin de conseils supplémentaires sur le terrain.

Figure 3. Algorithme PCIME-C incluant les TDR



Leçons apprises de l'inclusion des Tests de diagnostic rapide (TDR) à la PCIME-C

- En favorisant les liens entre les zones de santé et les communautés, et en offrant une structure et les compétences nécessaires favoriser la collaboration, le partenariat entre les zones de santé et les ONG locales peut jouer un rôle vital dans l'établissement de la PCIME-C au Bénin, surtout dans les régions reculées. Les participants ont grandement apprécié les formations de développement de leadership, qui leur ont permis de former et d'améliorer un groupe de travail conjoint entre les ONG et les zones de santé

- La collaboration avec les partenaires sur le terrain, incluant les médecins chefs des zones de santé, AFRICARE, l'UNICEF, la Coopération technique belge et autres, permettra d'éviter la duplication des efforts et d'œuvrer en se renforçant mutuellement pour réaliser des objectifs communs. Ce fut le cas lors des activités de supervision en groupe, menées à la fois par AFRICARE et BASICS.

- Près de 10 pour cent des RC n'étaient plus en activité après deux ans de mise en œuvre du projet. Les raisons de cette réduction d'effectif variaient du handicap physique, à la démission, aux femmes qui se mariaient et quittaient le village et leur travail pour suivre leurs époux. BASICS a noté que les activités de motivation pour les RC, telles que l'initiative pilote du système de communication SMS/GSM et le partenariat entre BASICS et AFRICAIRE, qui offrait une incitation financière aux RC par le biais d'un financement du Fonds mondial, pouvaient contribuer à fidéliser les volontaires.

- Les connaissances des RC étaient particulièrement faibles dans les quatre zones analysées pendant le suivi après formation : la connaissance des dangers et de la gravité, la connaissance du comportement approprié à adopter pendant les visites chez les ménages, la détermination des groupes d'âge des enfants et la classification de la respiration rapide d'un enfant qui tousse pour le diagnostic de la pneumonie. L'application de la stratégie de collaboration dans la zone de santé de Copargo a abouti à une nette amélioration de la performance des RC dans ces quatre domaines en six mois. Ceci montre que les stratégies d'amélioration de la performance avec un suivi de participation attentif et un feed-back immédiat sur les faiblesses observées sont extrêmement efficaces.

- Les données sur le traitement des cas indiquent que les RC soignent régulièrement plus de garçons que de filles, et cette tendance était observée chaque mois. Le personnel du projet BASICS s'est penché sur la question, et il semblerait que la prédominance des garçons au sein de la population béninoise âgée de moins de 10 ans explique ce phénomène. Cette tendance a été documentée dans les publications nationales (annuaire statistique, enquête démographique et de santé) et par d'autres partenaires (UNICEF, AFRICAIRE).

- La création de la base de données par BASCIS et l'appui du MOH et d'AFRICARE a facilité la saisie et le traitement des données provenant des activités des RC. Cet outil contribuera à assurer la durabilité et l'intégration des statistiques communautaires dans le Système national de gestion de l'information sur la santé SNIGS.

Recommandations l'inclusion des Tests de diagnostic rapide (TDR) à la PCIME-C

- Le partenariat entre les ONG locales et les zones de santé a produit d'excellents résultats et doit être maintenu afin que les interventions soient encore plus réussies.

- La qualité des données doit être améliorée continuellement par le bais du processus d'évaluation de la qualité mis au point par BASICS pour être utilisée pendant les réunions mensuelles et qui fournit des données statistiques de haute qualité pour aboutir à des prises de décisions bien informées.

- Le personnel du projet doit inclure un spécialiste en matière de mobilisation sociale pour garantir que les communautés se rassemblent autour d'une même cause.

- Une supervision des RC par un infirmier/infirmière avec feed-back immédiat sur leurs faiblesses permet de garantir la qualité et la continuité des services. Cette supervision devrait devenir systématique.

- Les activités suivantes du projet doivent être durables :
    - En partenariat avec MOOV Bénin, ARM3 devrait poursuive l'initiative pilote SMS/GSM. La coopération technique belge a exprimé son désir d'entreprendre une activité pilote à Bassila.
    - L'approche de collaboration qui a amélioré la qualité des services des RC.
    - Le suivi et la motivation des RC par les zones de santé en collaboration avec les communautés locales pour fournir les traitements et promouvoir la nutrition et les vaccinations.

Annexes

Annexe 1: Tableau récapitulatif des outils développés avec le soutien de BASICS

But	Outils développés	Contenu des outils
Exécution de l'ensemble des interventions	Feuille de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – communautaire Plusieurs feuilles sont reliées ensemble pour constituer un registre des prises en charge intégrées du RC.	Contient plusieurs séries d'instructions pour : ▪ collecter l'information sur l'enfant et sa maladie ▪ identifier et traiter les signes de danger et de gravité ▪ identifier et traiter les cas de paludisme sans complications ▪ identifier et traiter les cas de diarrhée sans complications ▪ identifier et traiter la pneumonie, la toux ou le rhume ▪ identifier et traiter la malnutrition aiguë modérée ▪ identifier le statut complet des vaccinations ▪ choisir le bon conseil à donner, et ▪ faire le suivi des soins prodigués
	Feuilles de visite à domicile Plusieurs feuilles sont reliées ensemble pour constituer un registre des visites à domicile du RC.	Contient des questions et des observations pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des ménages liées aux comportements clés pour promouvoir la santé des enfants de moins de cinq ans. Les sujets incluent : ▪ L'allaitement exclusif ▪ L'alimentation supplémentée ▪ Les moustiquaires imprégnées d'insecticides longue durée ▪ Les vaccinations ▪ L'eau potable ▪ Le lavage des mains ▪ Les symptômes de dangers pour la santé, et ▪ La consultation prénatale
Formation des RC	Manuel du RC	Inclut quatre modules et annexes ▪ Module 1 : Techniques de communication ▪ Module 2 : Traitement intégré de la fièvre, la diarrhée et des infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans ▪ Module 3 : Suivi des femmes enceintes, des femmes qui viennent d'accoucher et des nouveau-nés ▪ Module 4 : Outils de gestion ▪ Annexes: Guides pour les mères d'enfants malades ▪ Guides des principales pratiques

	Guide de l'instructeur pour enseigner les modules du manuel des RC	Pour chaque module, le guide contient: ▪ La durée moyenne du module (longueur) ▪ Les objectifs de l'enseignement ▪ Les techniques d'animation ▪ Le matériel nécessaire ▪ Les étapes à suivre (procédure) ▪ Les guides à lire (toute information additionnelle liée à chaque sujet) Il contient aussi: ▪ Les conditions pour superviser les participants ▪ Le choix du lieu de la formation ▪ Le rôle de l'instructeur pendant les exercices pratiques ▪ Les objectifs des exercices pratiques ▪ Les tâches élémentaires de l'instructeur et la liste du matériel nécessaire pour assurer la réussite du cours ▪ Les feuilles techniques d'instruction
	Vidéo CD	Des extraits de vidéos du cours de formation PCIME pour les instructeurs qualifiés, couvrant: ▪ Les signes généraux de danger ▪ La prise de la fréquence respiratoire ▪ Les signes de la toux, la diarrhée et la malnutrition aiguë
Suivi après formation des RC	On recommande plusieurs feuilles pour faire un suivi après formation des RC ayant appris à exécuter l'ensemble des interventions d'impact élevé	▪ Feuille d'inventaire des outils, matériel et médicaments ▪ Feuille de gestion des médicaments ▪ Feuille de revue des cas traités par le RC ▪ Feuille d'observation directe pour les cas traités ▪ Feuille de validation d'un traitement achevé ▪ Feuille de validation des résultats des visites à domicile ▪ Feuille de réponse pour les questions d'évaluation permettant de tester les connaissances théoriques des RC ▪ Feuille de résumés des visites à domicile ▪ Feuille de compilation des données de la zone de santé

Formation des RC par la supervision	On recommande plusieurs feuilles pour la faire la formation par supervision des RC ayant appris à exécuter l'ensemble des interventions d'impact élevé selon les objectifs de la visite	▪ Feuille d'observation directe pour les cas traités ▪ Feuille de revue pour les cas traités = outil de suivi ▪ Feuille d'inventaire des outils, matériel et médicaments ▪ Feuille d'analyse de la gestion des médicaments = outil de suivi ▪ Feuille de validation d'un traitement achevé ▪ Feuille de validation des résultats des visites à domicile ▪ Feuille d'évaluation des connaissances théoriques des RC et liste des questions ▪ Liste des critères d'évaluation de la performance des RC ▪ Feuille de micro planification de la supervision ▪ Modèle de rapport de supervision Il n'est pas utile de remplir toutes les feuilles pendant une visite de supervision. Selon les objectifs de la visite, il est possible qu'une ou plusieurs feuilles ne soient pas remplies pendant la même visite de supervision.
Évaluation de la performance des RC	Liste des critères proposés pour évaluer la performance des RC	La liste contient plus de 20 critères, certains comportant des grilles de pondération

Annexe 2: Tableau récapitulatif des sessions de formation menées par BASICS

Date	Sujet de la formation	Participants	Remarques
Oct.-déc. 2010	Formation de formateurs sur l'ensemble des interventions PCIME communautaire	193 formateurs	5 médecins chefs de zone de santé, 17 docteurs, 5 C/RAM, 146 ICP/SF[1], 15 représentants d'ONG et 6 aides soignants, 2 instructeurs d'AFRICARE, et 2 participants du PISAF
Oct.-déc. 2010	Formation des RC sur l'ensemble des interventions PCIME communautaire	1 048 RC	Tous les RC devaient savoir lire et écrire. Les groupes de femmes ont reçu leur formation à Djougou et Bassila.
Oct.-déc. 2010	Formation de superviseurs sur le suivi et la supervision des RC	196 superviseurs	
Déc. 2010 et août 2011	Formation des ONG sur la planification et l'utilisation des logiciels QuickBooks	16 employés d'ONG	Première session : 20-24 octobre 2010; Deuxième session: 5-7 juillet 2011
Janvier 2012	Formation de formateurs sur l'utilisation des TDR	12 formateurs	
Janvier et mars 2012	Formation des RC pour inclure les TDR lorsqu'ils traitent des malades	102 RC	
Janvier-mars 2012	Formation de formateurs sur l'utilisation des SMS	42 agents de santé	Personnel des centres de santé et des urgences de l'hôpital
Janvier et mars 2012	Formation des RC sur l'utilisation des SMS	254 RC	RC dans les zones de santé de Tchaourou et Bassila

[1] Infirmier Chef Poste/Sage Femme.

Annexe 3 : Tableau des indicateurs de BASICS

Indicateur	Méthode de calcul	Source et données de base	Objectifs annuels (noir) et performance (rouge)			Remarques
			Année 1	Année 2	Année 3	
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une fièvre, et traités conformément à la politique nationale	Numérateur : nombre d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une fièvre et traités conformément à la politique dans une période donnée ; Dénominateur : nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une fièvre dans la même période et dans la même zone de santé	Données routinières provenant des RC Base de départ = 0%	50% **53,3%**	100% **70,8%**	100% **100%**	Les données pour l'année 1 sont pour 5 mois ; les données pour l'année 3 sont pour six mois.
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une diarrhée et traités avec les SRO (Solutions de réhydratation orale)	Numérateur : nombre d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une diarrhée et traités avec des SRO dans une période donnée; Dénominateur : nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus par un RC pour une diarrhée dans la même période et dans la même zone de santé	Données routinières provenant des RC Base de départ = 0%	50% **90,4%**	100% **98,6%**	100% **100%**	Les données pour l'année 1 sont pour 5 mois ; les données pour l'année 3 sont pour six mois.

Pourcentage de RC soumis à une supervision au moins une fois par mois	Numérateur : nombre de RC soumis à une supervision au moins une fois par mois dans une période donnée ; Dénominateur : nombre total de RC dans la même période et dans la même zone de santé	Données routinières des RC Base de départ = 0%	50% **0%**	100% **85%**	100% **80%**	Cet indicateur concerne une supervision systématique conjointe faite en liaison avec AFRICARE. 10% des RC n'ont pas été retrouvés.

Nombre de personnes formées par le projet sur le traitement ou la prévention du paludisme	Nombre de personnes formées par le projet (agents de santé, RC, membres de la communauté) sur le traitement ou la prévention du paludisme	Rapports des projets Base de départ = 0 Objectif = 1 300	0 **0**	**1 300** **1 207**	108 **108**	-1 049 RC -142 agents de santé -16 employés d'ONG chargés de la vulgarisation - Dans l'année 3, 102 RC formés + 6 infirmiers/ infirmières des centres de santé
Nombre de cas de fièvre traités dans les zones du projet	Nombre de cas de fièvre traités dans les zones du projet	Données routinières des RC Base de départ = 0	6 057 **9 623**	24 226 **38 601**	15 769 **18 373**	Les données pour l'année 1 sont pour 5 mois ; les données pour l'année 3 sont pour six mois.
Nombre de cas de diarrhée traités dans les	Nombre de cas de diarrhée traités dans les zones du projet	Données routinières des RC	1 971	7 884	1 845	Les données pour l'année 1 sont pour 5 mois ; les

zones du projet		Base de départ = 0	**1 934**	**4 428**	**1 371**	données pour l'année 3 sont pour six mois
Nombre de points de services desservis par le projet qui font des rapports sur des ruptures de stocks	Nombre de points de service qui font des rapports sur des ruptures de stocks	Données routinières des RC Base de départ = 0	0 **NA**	0 0	0 **0**	Il n'y a pas eu de rupture de stock enregistrée dans les années 2 et 3 dans les zones du projet.
Nombre de personnes ayant reçu une formation sur la santé et la nutrition des enfants dans les zones du projet	Nombre de personnes formées par le projet (agents de santé, RC, membres de la communauté) sur la santé des enfants	Rapports du projet Base de départ = 0	0 **0**	1 300 **1207**	108 **108**	-1 049 RC -142 agents de santé -16 employés d'ONG chargés de la vulgarisation -108 personnes formées sur l'utilisation des TDR
Nombre de cas d'IRA traités avec des antibiotiques par des RC formés par le projet	Nombre de cas d'IRA traités avec des antibiotiques par des RC formés par le projet	Project reports	1 040	4 154	2 800	Les données pour l'année 1 sont pour 5 mois ; les données pour l'année 3 sont pour six mois
Nombre de cas d'IRA traités avec des antibiotiques par des RC formés par le projet	Nombre de cas d'IRA traités avec des antibiotiques par des RC formés par le projet	Base de départ = 0	**2 535**	**6 730**	**3 016**	

Nombre de lois, politiques, réglementations et directives sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé révisées avec l'aide du projet	Nombre de lois, politiques, réglementations et directives sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé révisées avec l'aide du projet	Rapports du projet Base de départ = 0	1 **1**	1 **1**	1 **1**	Loi pour permettre l'inclusion des IRA dans l'ensemble des interventions PCIME-C. Directives pour la formation la supervision, les bases de données, etc.