



**PRATIQUES PROMETTEUSES IDENTIFIEES  
PAR LA DOCUMENTATION DU PAQUET  
D'INTERVENTIONS A HAUT IMPACT AU  
NIVEAU COMMUNAUTAIRE AU BENIN**

*Mars 2014*

## TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	3
I. METHODOLOGIE .....	4
2.1. PROMOTEURS .....	5
2.2. ACTEURS.....	6
2.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE .....	6
2.4. ETAPES ESSENTIELLES DE LA MISE EN ŒUVRE .....	6
2.5. RESULTATS : EFFETS DU COLLABORATIF SUR LA PERFORMANCE DES RC.	8
2.5. LECONS APPRISES .....	11
III. APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (AFBP) DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PIHI-COM.....	13
3.1. PROMOTEURS .....	13
3.2. ACTEURS.....	13
3.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE .....	14
3.4. LES ETAPES ESSENTIELLES DE SA MISE EN ŒUVRE .....	14
3.5. RESULTATS .....	16
3.6. LEÇONS APPRISES.....	18
IV. MISE EN ŒUVRE DU PIHI-COM AVEC LE MECANISME DE COMPTE RENDU ET DE REFERENCE-CONTRE REFERENCE PAR TELEPHONIE MOBILE GSM.....	19
4.1. PROMOTEURS .....	19
4.2. ACTEURS.....	19
4.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE .....	20
4.4. ETAPES ESSENTIELLES DE MISE EN ŒUVRE .....	20
4.5. RESULTATS CLES OBTENUS.....	21
4.6. LECONS APPRISES .....	22
V. L'EXPERIENCE DE GROUPEMENTS RELAIS MISE EN ŒUVRE DANS 14 ZONES SANITAIRES PAR LE PROJET PALU ALAFIA.....	23
5.1. PROMOTEURS .....	23
5.2. ACTEURS.....	24
5.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE .....	24
5.4. ETAPES ESSENTIELLES DE MISE EN ŒUVRE .....	24
5.5. RESULTATS CLES OBTENUS.....	26
5.6. LECONS APPRISES .....	28

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les pays de la région CEDEAO (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest), dans la quête du bien-être pour leurs populations, entreprennent des initiatives qui, dans certains cas, donnent des résultats satisfaisants qu'il importe de promouvoir au sein de l'espace.

C'est dans cette optique que l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé) a accompagné le Bénin à documenter la mise en œuvre au niveau communautaire du Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI) sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette documentation a permis d'identifier quatre pratiques prometteuses qu'il importe de décrire dans les détails pour en faciliter la diffusion et la réplique dans les autres pays de la CEDEAO. Il s'agit de :

- ✓ La présence d'une Equipe d'Amélioration de la Qualité (EAQ) selon l'approche collaborative dans la mise en œuvre du PIHI-Com
- ✓ L'Approche de Financement Basé sur la Performance (AFBP) dans la mise en œuvre du PIHI
- ✓ La mise en place d'un mécanisme de compte rendu et de Référence-Contre Référence par téléphonie mobile GSM (Global System for Mobile communication) dans la mise en œuvre du PIHI\_com.
- ✓ La mise en œuvre du PIHI-Com par les Groupements Relais

## I. METHODOLOGIE

### 1.1. DEFINITION D'UNE MEILLEURE PRATIQUE

On entend généralement par «meilleure pratique» une technique ou une méthode qui, par l'expérience ou la recherche, s'est avérée fiable pour atteindre un résultat souhaité. En ce qui concerne les programmes et les services de santé, on peut valablement définir une «meilleure pratique» comme la «connaissance de ce qui marche dans une situation et un contexte donnés, sans que cela exige des ressources énormes pour atteindre les résultats désirés, et qu'on peut utiliser pour trouver ou appliquer des solutions adaptées à des problèmes de santé similaires dans d'autres situations et d'autres contextes». Le terme «meilleur» ne doit pas être pris au sens superlatif. (Guide pour la Documentation et le Partage des « Meilleures Pratiques » dans les Programmes de Santé, OMS AFRO, 2008).

Une pratique en santé publique est considérée comme une "Meilleure Pratique" ou une "Pratique Prometteuse" sur la base de critères d'évaluation, que sont :

- La preuve du succès
- La possibilité de la reproduire

Pour être jugée comme une **meilleure pratique**, des données probantes doivent être fournies prouvant que la pratique donnée a eu un impact positif et/ou a permis d'atteindre les objectifs du programme. Il faut que la meilleure pratique puisse être reproduite à d'autres contextes. Si une pratique ou un programme semble bien fonctionner mais qu'il n'existe pas de preuves de succès et de possibilité de réplication ou de transfert, elle est dénommée une **pratique prometteuse**.

### 1.2. CRITERES D'IDENTIFICATION

Trois critères essentiels interviennent dans l'identification d'une «meilleure pratique». Ce sont :

- l'efficacité
- l'efficience
- la pertinence

Cependant il existe d'autres critères comme Validité éthique, Viabilité, Possibilité d'être reproduite, Partenariat, Participation communautaire et engagement politique.

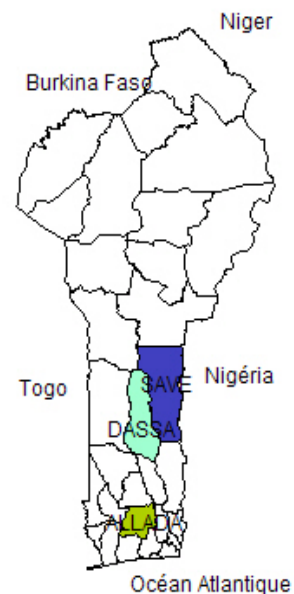
### 1.3. CRITERES DE DOCUMENTATION

Pour garantir la lisibilité et présenter clairement ce qui permet de dire qu'une pratique est innovante, intéressante, instructive ou simplement qu'elle est une «meilleure pratique» - il faut que les propositions respectent le format suivant :

- Titre de la «meilleure pratique»
- Introduction
- Mise en œuvre de la pratique
- Résultats de la pratique (produits et effets)
- Leçons apprises

## II. LA PRESENCE D'UNE EQUIPE D'AMELIORATION DE LA QUALITE (EAQ) SELON L'APPROCHE COLLABORATIVE DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PIHI-COM

Il s'agit d'un projet (2010-2014) de Partenariat pour la prise en charge communautaire de la santé infantile (**PRISE\_C**). Son Objectif stratégique est d'accélérer la mise en œuvre au niveau communautaire du PIHI (PIHI-Com) sur la santé de l'enfant. Dans ce projet, la mise en œuvre du PIHI-Com est soutenue par des interventions telles que l'approche collaborative d'amélioration de la qualité pour renforcer l'appropriation par les communautés, la qualité et la durabilité des interventions, et la recherche opérationnelle pour tester les effets de l'approche collaborative sur la performance et la fidélisation des RC au-delà des incitations financières décrites dans les directives du Ministère de la Santé (MS). Pour les besoins de la recherche opérationnelle, la Zone Sanitaire (ZS) de Dassa-Glazoué a été identifiée comme zone témoin (où l'approche collaborative n'a pas été implantée) et la ZS Savè-Ouèssè comme zone d'intervention.



### 2.1. PROMOTEURS

C'est un projet financé par l'USAID et le Fonds Mondial. La mise en œuvre a été assurée par URC-CHS, UNICEF et Africare.

## 2.2. ACTEURS

- Représentants des communautés,
- Groupements de femmes,
- Décideurs politiques et autorités sanitaires,
- Relais Communautaires,
- Partenaires techniques (URC-CHS, Africare, UNICEF)
- Personnels de santé
- Leaders religieux,
- Collectivités locales.

## 2.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

Le projet PRISE\_C couvre trois Zones Sanitaires sur les 34 du pays : Dassa-Glazoué (Zone PRISE-C, mais sans l'approche Coolaborative) et Savè-Ouèssè dans le département des Collines et Allada-Toffo-Zè dans le département de l'Atlantique.

## 2.4. ETAPES ESSENTIELLES DE LA MISE EN ŒUVRE

Cinq (5) étapes clés ont marqué la mise en œuvre du PRISE\_C

**Etape 1:** La formation des gestionnaires des bureaux de ZS, des prestataires des Centres de Santé (CS) à tous les niveaux<sup>1</sup>.

**Etape 2 :** L'information et la sensibilisation des populations y compris les élus locaux<sup>2</sup>, et l'installation dans chaque village des structures opérationnelles telles que les Comités Villageois de Santé (CVS) et les Equipes d'Amélioration de la Qualité (EAQ). Dans chacun des 32 villages de la zone d'intervention, est mise en place une EAQ composée des membres du CVS auxquels se joignent un représentant de chaque composante de la communauté (jeunes, femmes, responsables des cultes, leaders etc.). Les rôles de l'EAQ sont d'analyser les niveaux des indicateurs de performance du village tous les mois et de rechercher des changements à introduire afin de relever les niveaux de ces indicateurs. La ZS d'intervention est subdivisée en 4 aires appelées aires collaboratives. Chaque trimestre, toutes les EAQ de chaque aire collaborative travaillent sur le même thème avec des indicateurs spécifiques<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>En plus des modules de formations destinés aux RC, les agents de santé ont été formés sur les stratégies de supervision et de monitoring, de l'ancrage communautaire. Les divers PTFs intervenant dans la zone ont contribué au financement des formations (PRISE-C et PILP pour ce qui concerne les RC et les agents de santé, et UNICEF pour ce qui concerne une partie de l'équipement des RC).

<sup>2</sup> Les élus locaux bien informés ont activement pris part à la mise en place, dans les différentes localités retenues, des structures opérationnelles

<sup>3</sup> Les thèmes retenus pour l'approche collaborative d'amélioration de la qualité sont : (i) Prévention des maladies des enfants et des familles y compris le lavage des mains ; (ii) Protection des mères, soins prénataux et néonataux ; (iii) Nutrition : Alimentation de l'enfant et du jeune enfant (*AME, AME prolongé, ....déparasitage, reconnaissance des signes de danger*) ; (iv) Prise en charge communautaire des maladies : Palu, Diarrhée, IRA – Avec les EAQ dont les RC sont membres, les indicateurs ne sont pas ceux de la performance des RC mais plutôt de la performance des villages – pour susciter l'adhésion du village et l'émulation entre les villages. Tous les thèmes de l'approche

**Etape 3** : La sélection et la formation des RC<sup>4</sup>.

**Etape 4** : Les prestations des services et soins de santé par les RC, et leur supervision.

Deux types de supervision sont utilisés. Il y a d'une part **la supervision groupée organisée au CS** entre le 1er et le 10ème jour de chaque mois : tous les RC de l'arrondissement viennent au centre de santé où l'infirmier responsable du CS évalue le travail des RC et leur fait des recommandations ; il y a d'autre part **la supervision « sur site »** au moins une fois tous les 3 mois dans les villages : Le superviseur se déplace dans les villages. Afin d'augmenter l'efficacité et la qualité de ces supervisions, les superviseurs travaillent soit en paire ensemble dans leurs arrondissements, soit de manière croisée (supervision croisée)<sup>5</sup>.

**Etape 5** : Les réunions mensuelles des EAQ et le monitoring de la performance des RC

Chaque mois, à la fin de la collecte des données, celles-ci sont envoyées aux bureaux de ZS où elles sont saisies et compilées par les statisticiens. Par la suite, des coaches et RC formés à cet effet, restituent les résultats aux EAQ. Ils illustrent le niveau des indicateurs et leur progression par des images plus accessibles aux EAQ (*Evaluation Participative par Cartographie*). Celles-ci, sur la base des résultats qui leur sont fournis réfléchissent aux améliorations à mettre en œuvre.

**Le Monitoring** : Le responsable du suivi évaluation du projet travaille avec tous les statisticiens des ZS couvertes. Une fois par trimestre, il va sur le terrain pour valider les données avec les statisticiens de ZS et l'agent IEC/CC; ils choisissent quelques villages où ils vérifient les données collectées<sup>6</sup>.

---

collaborative et les indicateurs y afférents sont tirés du document de référence nationale sur le PIHI particulièrement le niveau communautaire.

<sup>4</sup> Les RC recrutés ont été formés sur des thèmes tels que : la prise en charge de la fièvre, de la diarrhée et de la toux ; le dépistage et prise en charge de la malnutrition ; le counseling pour la PF ; l'utilisation de cartes-conseil ; les pratiques familiales essentielles ; la vérification de l'état vaccinal des enfants ; le suivi du nouveau-né ; le suivi de la femme enceinte ; l'organisation des séances éducatives ; les techniques de communication ; les visites à domicile.

<sup>5</sup> Le superviseur rencontre le RC, le regarde travailler, choisit 2 ou 3 enfants que le RC a déjà pris en charge, se rend dans leurs maisons, rencontre les mamans pour valider le travail des RC. Il en est de même des visites à domicile effectuées par le RC : le superviseur choisit 5 maisons où il se rend pour discuter avec la maman et compare ses constats et notes avec tout ce que le RC a écrit dans son rapport. Le compte rendu de la supervision est fait au CVS le même jour, assorti de la vérification de l'état d'avancement de la mise en œuvre du Plan de Travail Annuel (PTA). Dans la zone d'intervention, le superviseur organise un débriefing avec l'EAQ. De même les médecins coordonnateurs de zone sanitaire organisent trimestriellement une supervision.

<sup>6</sup> **La Motivation ou prime de performance des RC**: Elle est alignée sur les normes et procédures du MS en la matière. Elle est de 10.000Fcfca par trimestre pouvant aller jusqu'à 15000Fcfca suivant la performance du RC. Mais d'après l'un des responsables du PRISE\_C, jusqu'à présent la prime de performance la plus élevée est de 13.500Fcfca.

1.

2.

2.1.

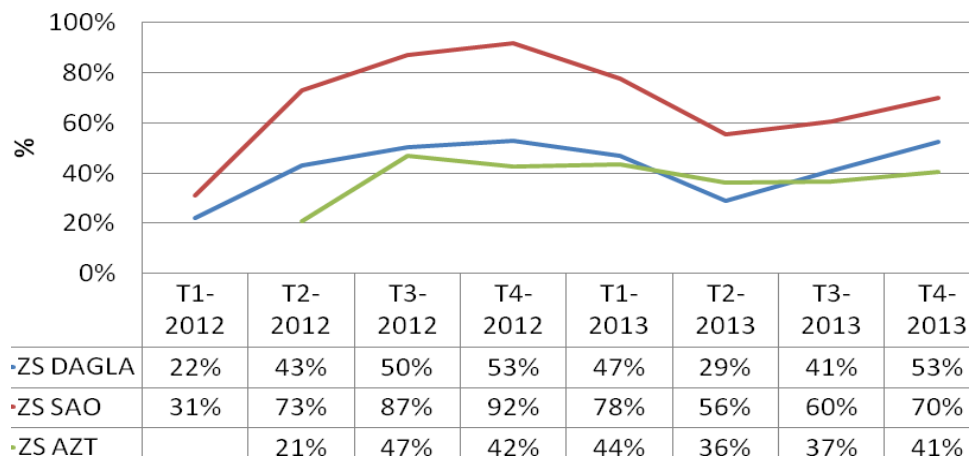
2.2.

2.3.

2.4.

## 2.5. RESULTATS : EFFETS DU COLLABORATIF SUR LA PERFORMANCE DES RC

### Utilisation de la MIILD dans les ménages



**Figure 1** : Proportion (%) des enfants de 0-59 mois qui dorment sous MIILD (Source : URC-CHS, 2014)

En ce qui concerne la promotion de l'utilisation des MIILD chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes on peut dire que cette utilisation a connu une augmentation due aux passages des membres des EAQ dans les ménages les soirs pour vérifier l'utilisation correcte des moustiquaires.

### Visites à domicile dans les ménages



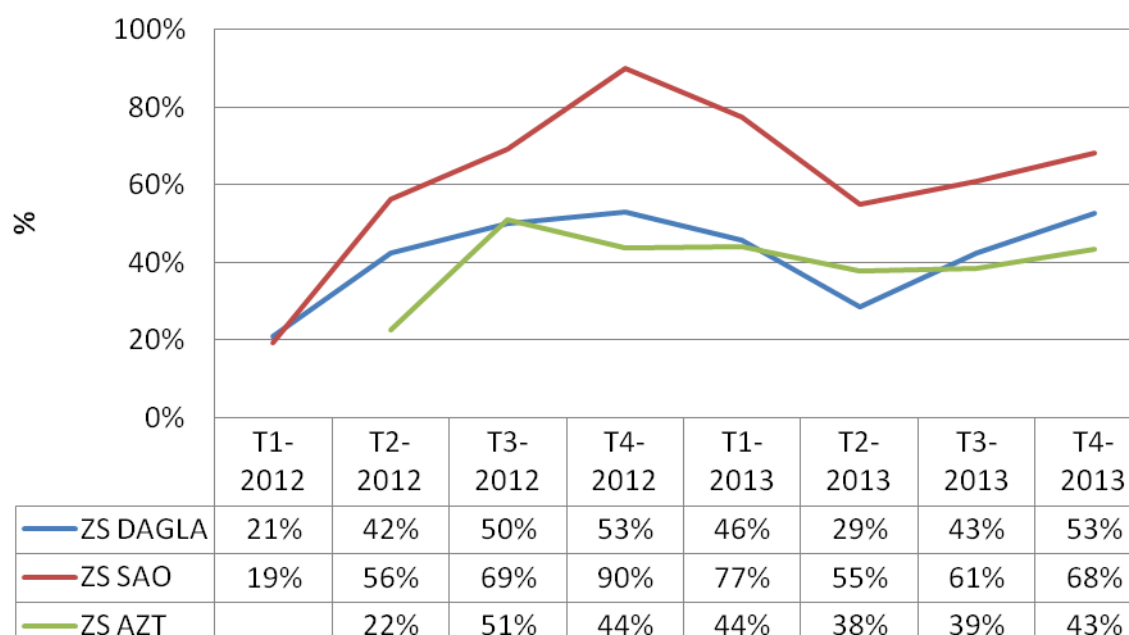


Figure 2 : Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une visite à domicile d'un RC pendant le trimestre (Source : URC-CHS, 2014)

D'une part, les membres EAQ appuient les RC pour les visites à domicile. Les enfants malades et sains sont tous visités. D'autre part, on constate que les plus fortes proportions de visites à domicile sont recensées dans la ZS SAO.

### Lavage des mains dans les ménages

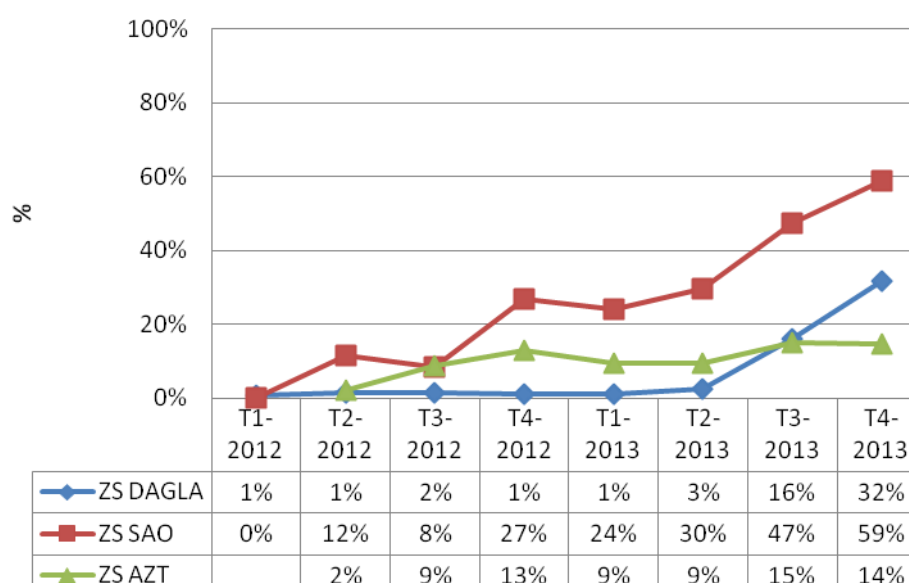
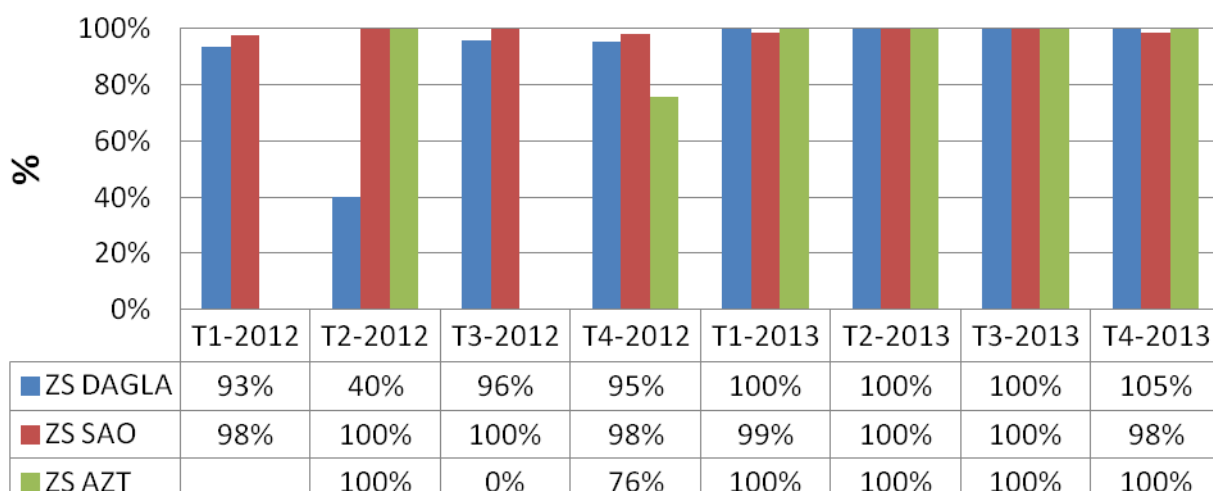


Figure 3 : Proportion (%) d'enfants de 0-59 mois dont les ménages disposent d'un coin de lavage des mains à l'entrée des coins d'aisance ou dans / près des latrines (Source : URC-CHS, 2014).

A DAGLA sur cinq trimestres et demi, la courbe de lavage des mains est restée à 0. Il s'agit d'une intervention qui requiert beaucoup de visites à domicile de la part des RC et d'une communication permanente pour le changement de comportement en direction des ménages. Or à DAGLA, l'absence de l'approche collaborative n'a pas permis de renforcer la participation effective de la communauté à la mise en œuvre et à la gestion de cette intervention, et en particulier au suivi et à l'accompagnement des RC. A partir du 3<sup>e</sup> trimestre 2013, à cause des échanges entre les responsables des Zones sur leurs performances respectives, la situation à commencer à s'améliorer.

## Références faites par les Relais Communautaires



**Figure 4 :** Proportion (%) des références faites par le RC pour le paludisme, la diarrhée, les IRA (Infections Respiratoires Aigües) et la malnutrition chez les enfants de 2-59 mois qui sont justifiées. (Source : URC-CHS, 2014)

On peut affirmer à partir de ce graphique que dans les deux ZS (DAGLA et SAO) où l'approche Collaborative se réalise, plus de 9 références sur 10 faites par les RC sont justifiées. On constate qu'au 2<sup>ème</sup> trimestre de 2012, la proportion de références dans la ZS DAGLA a baissé (40%). Cette baisse est liée à la démotivation de certains RC de DAGLA qui, très peu soutenus par leurs communautés (absence de l'approche collaborative), ont cessé de mener certaines activités comme les références parce que leurs rémunérations ne compensent pas les efforts qu'ils fournissent. En effet, dans les villages où l'approche collaborative est mise en place, les EAQ ont également mis en place une caisse pour financer les références et identifié un moyen de transport dans le village.

### 2.5. LECONS APPRISSES

Les principales leçons apprises de cette expérience sont :

- **La mise en place des structures communautaires de soutien au PIHI-Com telles que les EAQ et leur implication dans le monitoring des activités des RC contribuent significativement à l'amélioration de leur performance.**
- Les équipes d'amélioration de la qualité au niveau village constituent un outil efficace d'amélioration de la performance du village et du RC. Sur quatre indicateurs, on note une nette différence dans trois indicateurs entre le ZS avec EAQ et les ZS sans EAQ.
- La présence d'un RC bien formé et régulièrement supervisé ne suffit pas pour assurer une appropriation du PIHI au niveau communautaire, il faut surtout une

implication active des représentants de toutes les composantes de la communauté surtout à l'analyse des résultats atteints dans la localité, l'identification des goulots d'étranglement, la planification et la mise en œuvre des solutions d'amélioration ;

- L'utilisation des méthodes et outils d'évaluation participative assortis d'images (Méthode Active de Recherche Participative\_MARP) pour illustrer les performances et leur évolution assurent une meilleure compréhension de la situation par les représentants de la communauté et renforcent leur adhésion à la mise en œuvre du PIHI.
- L'existence d'une saine émulation entre les villages contribue à l'amélioration des indicateurs.

### III. APPROCHE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (AFBP) DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PIHI-COM

L'approche AFBP est née du constat que plusieurs Relais Communautaires qui jouent le rôle d'interface entre les professionnels de la santé et les communautés ont abandonné leur charge faute de motivation et de supervision avec pour risque de freiner voire empêcher l'atteinte des OMD 4 et 5 relatifs à la RMMIJ à l'horizon 2015. Face à cette situation, le Ministère de la Santé a initié l'AFBP au niveau communautaire avec l'appui financier de l'UNICEF. L'approche AFBP<sup>7</sup> est un modèle de motivation des Relais Communautaires individus basé sur la performance en cours d'expérimentation depuis 2011 dans 4 ZS du Nord et du Sud du Bénin avec la participation des neuf (9) mairies des communes couvertes. Elle a pour objectifs d'améliorer l'accès aux services pour les mères et les enfants de moins de cinq ans, le développement du partenariat entre les municipalités et le système de santé, le renforcement du mécanisme de monitoring de la performance individuelle des relais communautaires.

#### 3.1. PROMOTEURS

Le Ministère de la Santé et UNICEF.

#### 3.2. ACTEURS

L'AFBP repose sur 1087 RC sélectionnés dans leurs localités par les communautés et formés par les Agents de Santé. **Les principaux acteurs** de la mise en œuvre de l'AFBP sont : (i) au niveau national : les membres du comité de pilotage dont les représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de la Décentralisation, des PTFs et ONGs impliqués ; (ii) au niveau opérationnel on a d'une part le Comité de Pilotage Opérationnel dont les membres sont les équipes des DDS, les équipes d'encadrement des zones sanitaires, et les Préfets ; et d'autre part les agents des centres de santé et les Elus locaux. Dans ce modèle, les équipes des centres de santé sont **les évaluateurs** (de la performance des RC) et **la Mairie est considérée**

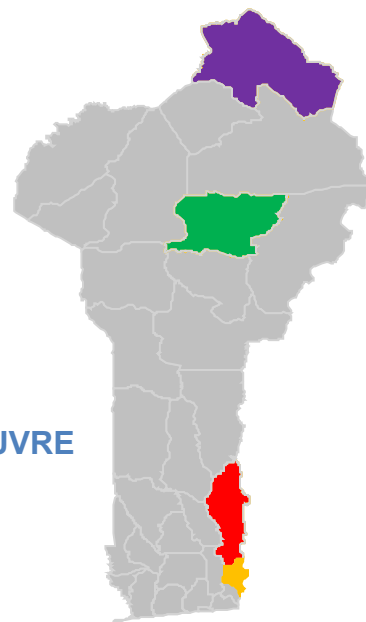
---

<sup>7</sup> L'AFBP s'inspire des principes du Financement Basé sur la Performance ou les Résultats (FBP / FBR) en cours d'expérimentation dans les systèmes de santé de plusieurs pays tels que le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la République du Congo, le Rwanda..). Ces principes exigent entre autres la séparation des pouvoirs entre les principaux acteurs d'un système de santé : **la régulation et l'encadrement** (assurés par le Ministère de la Santé et ses structures décentralisées comme la DDS et le bureau de ZS) ; **l'évaluateur de la performance des prestataires ou de la structure de santé** (assuré par une structure compétente agréée autonome) ; **l'acheteur de performance** (assuré par une structure compétente agréée qui paie directement les prestataires selon le niveau de performance atteint et mesuré par l'évaluateur de performance) ; **le vendeur de services et soins de santé** (ceux ou celles qui fournissent les prestations) ; le bénéficiaires (ceux ou celles qui bénéficient des services et soins de santé) ; le bailleur de fonds / financier (*le Partenaire Technique et Financier qui apporte les fonds : UNICEF*).

**comme l'acheteur** qui reçoit les ressources de l'UNICEF pour payer les primes de motivation aux relais communautaires. **Les RC vendeurs des prestations** offrent des soins aux enfants de moins de 5ans et assurent le suivi des enfants, femmes enceintes, de l'accouchée et du nouveau-né qui sont **les bénéficiaires**.

### 3.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

L'AFBP couvre 9 communes que sont Malanville, Karimama, Sinendé, Bemberèkè, Pobè, Adja-Ouèrè, Kétou, Sakété et Ifangni. Ces communes constituent 4 zones sanitaires : Malanville-Karimama et Bembèrèkè-Sinendé au nord ; Pobè-Adja Ouèrè-Kétou et Sakété-Ifangni au Sud Est.



### 3.4. LES ETAPES ESSENTIELLES DE SA MISE EN ŒUVRE

L'AFBP a été mise en œuvre selon les principales étapes suivantes :

#### **Etape 1** : Conception du modèle et sélection des communes d'expérimentation

Elle s'est déroulée au niveau central entre les Directions et Services compétents du Ministère de la Santé et l'UNICEF. C'est au cours de cette étape qu'ont été sélectionnées les 9 communes pour la phase pilote. Les critères de choix sont : (i) le niveau de pauvreté, (ii) la faiblesse des indicateurs de santé et de nutrition, (iii) les départements ayant les taux les plus élevés de mortalité infanto juvénile, (iv) l'engagement des autorités communales et des équipes de zone sanitaire. Cette étape a été aussi marquée par la décision par le niveau central d'impliquer des élus locaux pour assurer la relève du paiement des primes des RC.

#### **Etape 2** : Sensibilisation et signature des accords de partenariats

Elle a consisté en une séance intense d'information et de sensibilisation conduite par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF en direction des zones sanitaires ciblées et des conseils communaux des 9 communes sélectionnées. Le projet est soumis à chaque conseil communal qui, après délibération, l'adopte : les procès-verbaux ou comptes rendus de ces sessions signés témoignent de cette démarche participative et démocratique.

C'est après l'adoption du projet que l'accord de partenariat tri partite (Maire, MCZS « représentant le Ministre de la Santé », et UNICEF) de chaque commune est signé.

Suite à la signature des accords de partenariat, une série de rencontres séparées entre chaque Maire et les représentants de l'UNICEF et du Ministère de la Santé ont

été organisées pour discuter et planifier les différents aspects opérationnels de l'AFBP ainsi que le contenu de chaque clause de l'accord de partenariat.

### **Etape 3 : Recrutement et formation des Relais Communautaires**

La sélection des RC est faite dans chaque village et quartier de ville des 9 communes sélectionnées conformément aux directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire lors d'une assemblée de village ou de quartier de ville sous la direction du chef de village/quartier de ville et de ses conseillers. Etre instruit et savoir lire et écrire le français et ou la langue du milieu est un critère majeur que tout RC doit remplir pour être élu afin de pouvoir remplir les outils de gestion et de prise en charge qui seront mis à sa disposition. Les RC ainsi élus, sont formés pendant six jours<sup>8</sup>.

**Etape 4 : Démarrage des prestations de services et soins de santé au niveau communautaire par les RC.**

Pour l'exécution des activités, les RC sont catégorisés en relais promotionnels (<5 km du centre de santé) et relais paquet complet (>5 km du centre de santé). Les RC ne sont pas contractuellement sollicités à plein temps pour mener les activités pour lesquelles ils ont été recrutés et formés. Ils sont supposés réaliser ces activités de santé communautaire concomitamment à leurs activités professionnelles quelles qu'elles soient.

**Etape 5 : Mise en œuvre des mécanismes de supervision, de monitoring des performances et de paiement des RC**

***Supervision Mensuelle*** : Au niveau de la ZS, la coordination et le suivi des activités est sous la responsabilité de l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) qui par délégation confère certaines de ses prérogatives aux comités de gestion des aires de santé au niveau des arrondissements. Le suivi régulier des activités des RC est fait au moyen d'une supervision mensuelle assurée par les chefs-postes soutenus par les organes de gestion des aires de santé.

***Monitoring trimestriel*** : En début du mois qui suit la fin de chaque trimestre, tous les RC (munis de leurs outils de PEC et de gestion) d'une même aire de

---

<sup>8</sup> Les RC ainsi élus, sont formés pendant six jours pour identifier les premiers signes cliniques de malaises ; sensibiliser la population sur les bons comportements sanitaires à adopter ; assister les femmes et les enfants de moins de cinq ans dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ; faire la recherche et l'orientation des enfants et des femmes enceintes malades de paludisme, les enfants souffrant des IRA/pneumonies ; assurer la prise en charge de la diarrhée par l'utilisation de l'Orasel et du zinc, du paludisme simple et de la pneumonie, le dépistage et le suivi des enfants souffrant de malnutrition ; faire le suivi des parturientes, des accouchées et des nouveau-nés lors des visites à domicile ; faire la promotion de l'utilisation des MIILD par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, la promotion de la consommation de l'eau potable, de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, de lavage des mains à l'eau et au savon aux moments clés (sortie des toilettes, avant et après les repas, etc.) ; orienter les cas graves vers les formations sanitaires après avoir appliqué les premiers soins.

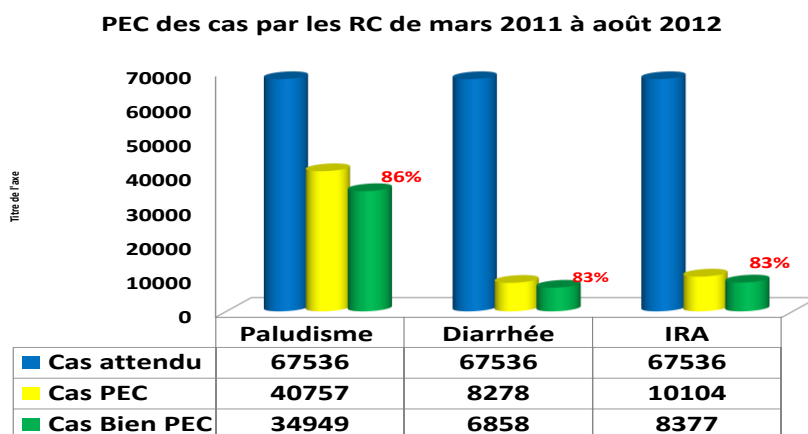
santé sont invités par le Responsable du CS pour le Monitoring Trimestriel. La performance de chaque RC est calculée à partir du niveau de réalisation des 10 indicateurs de la grille de performance (voir annexe 2 de la brochure). Ces indicateurs sont renseignés à partir des données recueillies par le RC sur ces outils de travail en les confrontant aux critères de performance pour lesquels des primes correspondantes sont définies. La prime totale d'un RC pour le trimestre concerné est obtenue en faisant la somme des différentes primes qui lui sont octroyées au regard des niveaux atteints pour chacun des 10 indicateurs.

### **Processus de paiement des RC par les Maires et la gestion des fonds**

C'est l'un des processus clés de l'AFBP qui fait intervenir un acteur essentiel pour la durabilité de l'approche, **la Mairie**. Il commence avec l'envoi à UNICEF du dossier financier. UNICEF étudie et valide ces documents financiers, puis fait le transfert des fonds conformément aux montants requis dans le compte de chaque Mairie pour le paiement des RC et le compte de chaque ZS pour paiement des frais de supervision et de monitoring, et notifie ces transferts aux acteurs concernés. A terme la Mairie prend le relais dans le paiement des RC sur son budget.

## **3.5. RESULTATS**

### **Performance des RC en matière de prise en charge curative des enfants 0-5ans**

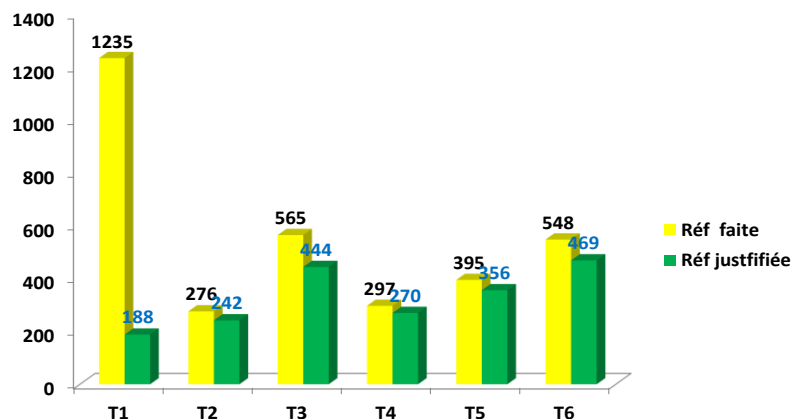


**Figure 5 : Performance des RC pour la PEC des enfants de mars 2011 à août 2012** (Source : UNICEF, 2012)

La performance des RC pour la PEC des enfants de 0-5 ans « cas bien PEC » est de 85,7% pour le Paludisme ; 82,8% pour la Diarrhée et de 82,9% pour l'IRA.



## Référence de cas par les RC vers les centres de santé



1

**Figure 6: Evolution des références justifiées du 1<sup>er</sup> au 6<sup>è</sup> trimestre** (Source : UNICEF, 2012)

En matière de références justifiées la performance des RC a fait « un bond spectaculaire » de 72% entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> trimestre puis s'est maintenue autour de 85% jusqu'au 6<sup>ème</sup> trimestre.

## Réalisation des activités promotionnelles par les RC



**Figure 7 : Activités promotionnelles réalisées par les RC de mars 2011 à août 2012** (Source : UNICEF, 2012)

Les activités les moins réalisées sont celles sur lesquelles les RC n'ont pas beaucoup de contrôle. Ce sont MIILD : 22% ; Eau potable : 33% ; Dispositif de lavage de mains : 27%. Les nouveau-nés ont été plus suivis que prévu.

### 3.6. LEÇONS APPRISES

- Le suivi et le contrôle réguliers demeurent indispensables pour la bonne performance des RC
- La volonté manifeste des Maires de respecter les engagements pris conformément aux termes de contrat tripartite de partenariat signé entre le Maire, l'UNICEF et le MCZS demeure un élément de réussite.
- L'implication des mairies dans le processus de paiement des RC constitue une des dynamiques de complémentarité et de partenariat que le PIHI-Com a permis de mettre en place et qui confère à cette approche une transparence et une efficacité certaines, ainsi que des mécanismes de pérennisation. De plus, le PIHI offre un espace de dialogue entre les PTFs et les élus locaux à travers les cadres de concertation entre partenaires et collectivités décentralisés.
- L'implication active des élus et structures locales comme responsables opérationnels au niveau communautaire est un gage de succès et de pérennisation.

## IV. MISE EN ŒUVRE DU PIHI-COM AVEC LE MECANISME DE COMPTE RENDU ET DE REFERENCE-CONTRE REFERENCE PAR TELEPHONIE MOBILE GSM

Il s'agit de la mise en œuvre au niveau communautaire du PIHI où le GSM est introduit comme un outil complémentaire qui permet de réduire considérablement les retards au sein de la communauté dans le recours aux soins dans les formations sanitaires. L'idée de l'utilisation de cet outil est de faciliter la référence des cas vers les centres de santé. En effet, la commune de Bassila est l'une des plus vastes du Bénin et constitue à elle seule une Zone Sanitaire. Les localités sont très distantes les unes des autres et des centres de santé, et sont souvent isolées et inaccessibles en saison des pluies.

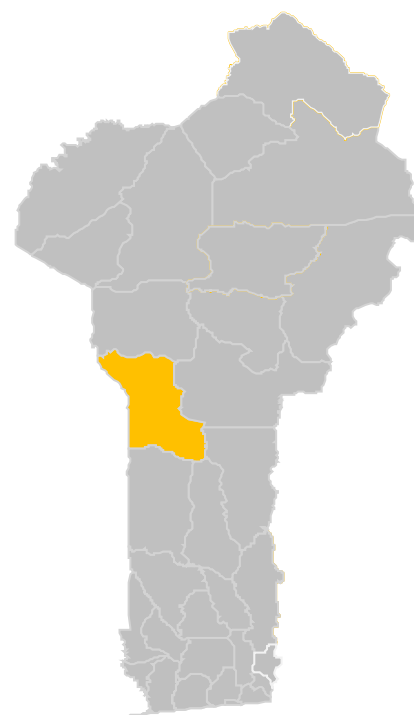
### 4.1. PROMOTEURS

- BASICS
- Medic Mobile
- Etilsalat.

### 4.2. ACTEURS

Les principaux acteurs qui soutiennent la mise œuvre du PIHI-Com dans la commune de Bassila sont BASICS/USAID, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la CTB, GRAAD ONG, GAPE, AFRICARE. Ces acteurs contribuent chacun à sa manière à la mise en œuvre des interventions sur la PCIME-Com et sur les SONU-Com. GRAAD ONG a exécuté la mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) grâce à l'appui financier de BASICS/USAID. Quant à Africare, elle appuie la prise en charge du paludisme grâce à un financement du Fonds Mondial.

En dehors des PTFs il y a l'équipe d'encadrement de la ZS, les responsables des centres de santé, les facilitateurs des autres projets intervenant dans la Zone Sanitaire, les membres des Comités Villageois de Santé et les RC.



### 4.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

La zone sanitaire concernée est Bassila.

### 4.4. ETAPES ESSENTIELLES DE MISE EN ŒUVRE

Dans le cadre de l'appui de BASICS, 108 relais ont été identifiés, formés et installés dans la commune de Bassila pour mettre en œuvre le PIHI-Com. Les RC ainsi formés, participent à la prise en charge des enfants et des mères grâce aux kits (CTA, CTM 480mg, Orasel + Zinc) mis à leur disposition. ***Ils disposent également de téléphones portables munis d'un système de messagerie gratuite entre les RC et les agents de santé.*** Ces GSM permettent d'informer à temps les agents de santé d'un cas grave pour que les mesures appropriées soient rapidement entreprises. L'idée de l'utilisation de cet outil est de faciliter la référence des cas vers les centres de santé.

Plusieurs étapes ont concouru à la mise en œuvre de cette expérience. Ce sont :

**Etape 1 :** La conception et la planification de l'approche ;

**Etape 2 :** La configuration des téléphones et des turbo SIM et l'installation d'ordinateurs en réseau, et la mise en place d'un mécanisme de maintenance ;

**Etape 3 :** La formation des formateurs (agents de santé) ;

**Etape 4 :** La sélection et la formation des RC ;

**Etape 5 :** Démarrage des prestations des RC et de leur supervision par les agents de santé. Les éléments du PIHI mis en œuvre au niveau communautaire dans la commune portent sur: la prise en charge du paludisme, la prise en charge de la diarrhée, la prise en charge des Infections Respiratoires Aiguës, la vaccination, la malnutrition, l'utilisation de la moustiquaire chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans, les conseils sur l'allaitement maternel exclusif.

La supervision des RC se fait mensuellement par les agents de santé au niveau des arrondissements. Les Relais Communautaires sont également supervisés par les facilitateurs des projets intervenant dans la prise en charge des enfants. Cependant, il faut signaler le fait que la supervision n'est pas toujours effectuée par les agents de santé comme prévu par le dispositif.

**Etape 6 :** Monitoring trimestriel des activités des RC ; il se fait en tenant compte des objectifs des formations qu'ils ont reçues. Il se fait par le contrôle du remplissage des registres mis à la disposition des RC, les pratiques sur le terrain et les stocks de produits.

#### 4.5. RESULTATS CLES OBTENUS

La mise en place du processus a pris beaucoup de temps et il n'y a eu que 2 mois de collecte de données sur le suivi des RC avant la fin de l'expérience. Ce délai très court n'a pas permis d'avoir des données pertinentes permettant de renseigner des indicateurs de performance des RC et de montrer l'efficacité de l'utilisation du GSM et sa plus-value dans la prise en charge des enfants et des femmes.

Les témoignages, donc des données qualitatives, formulés par les acteurs sur l'efficacité de l'expérience sont résumés comme il suit :

- Le dispositif de RC a contribué à améliorer de façon significative les performances en matière de prise en charge des maladies de la mère et de l'enfant dans la zone sanitaire.

**Extrait des propos d'un agent de santé de Prékété (ZS Bassila, 2012)**

*[...] Avant le dispositif des relais avec GSM, les communautés attendaient les jours de marché pour aller se faire soigner. Les cas d'anémie grave étaient nombreux. La longue distance qui sépare les villages des centres de santé et l'enclavement faisaient que les populations ne fréquentaient pas les FS. Mais aujourd'hui avec le concours des relais, la prise en charge est assurée. Avec BASICS la prise en charge du paludisme, de la toux et de la diarrhée est assurée. Africare intervient également sur la prise en charge du paludisme [...]*

- Les RC permettent aux populations des zones les plus éloignées et enclavées de bénéficier des soins de santé.

**Extrait des propos du 2<sup>ème</sup> adjoint au maire de Bassila (2012)**

*[...] Grâce aux RC avec GSM, nos mamans sont en sécurité ; les actes de naissance sont régulièrement établis ; les accouchements à domicile sont de plus en plus rares ; la fréquentation des centres de santé a augmenté [...]*

- Les communautés ont compris qu'il faut aller vers les RC ou vers les centres de santé en cas de maladie.
- Les malades sont orientés tôt vers les centres de santé.
- Il y a une prise en charge efficace grâce à la qualité des interventions des relais.
- La supervision (supervision sur le terrain et les supervisions groupées).
- La dotation des superviseurs en GSM ;
- Le dispositif de RC avec GSM a permis de réduire le taux de mortalité chez les enfants et les nouveau-nés dans les villages et les hameaux les plus reculés selon les déclarations des villageois enquêtés.

Une version améliorée de cette expérience est mise en œuvre depuis 2012 par le projet « Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile 3 (MCDI /USAID) » dans les Zones Sanitaires de Bassila et de Djougou (département de la Donga) et de Tchaourou, de Kandi-Gogounou-Segbana et de Banikoara (départements du Borgou et de l'Alibori).

#### 4.6. LECONS APPRISES

Les principales leçons apprises après la mise en œuvre du PIHI-Com à travers des RC avec GSM sont :

- La collaboration active entre les PTFs permet une mise en œuvre efficiente du PIHI-Com ;
- La motivation financière des RC est indispensable à la survie de la mise en œuvre au niveau communautaire du PIHI-Com (en effet dans cette expérience, les motivations financières des RC sont rares et dérisoires. Il existe encore des villages non couverts ou des localités où les relais sont démotivés et ont abandonné (*cas de Bayakou situé à 27 km du centre de santé de Bodi ; de Salmanga situé à 40 km de Nagayilé où il y a le centre de santé*). Ceux-ci disent que le travail de relais ne leur apporte rien et qu'il ne leur permet pas de nourrir leur famille);
- L'introduction d'une technologie moderne telle la téléphonie mobile GSM dans la mise en œuvre des services à base communautaire pour relier les RC aux agents de santé a permis d'assurer la RCR en temps réel et éviter les retards au sein de la communauté dans le recours aux formations sanitaires. Toutefois elle requiert que son fonctionnement technique et son financement soient sécurisés pour être pérennisée. L'utilisation du GSM s'est arrêtée dès la fin du projet et le retrait du PTF.
- Il est indispensable de mettre en place un système d'information à base communautaire intégré au système d'information de la ZS pour assurer le monitoring et l'évaluation de la performance atteinte par les RC avec la téléphonie mobile.

## V. L'EXPERIENCE DE GROUPEMENTS RELAIS MISE EN ŒUVRE DANS 14 ZONES SANITAIRES PAR LE PROJET PALU ALAFIA

Malgré les efforts déployés par le gouvernement béninois, la morbidité et la mortalité dues au paludisme, restent encore très élevées en raison des contraintes liées à l'accès aux soins. En 2004, le ministère de la santé a révisé la politique nationale de prise en charge des cas de paludisme orientée vers les CTA. Selon l'EDS 2006, l'Incidence (186 à 519 ‰) et la létalité palustres (11,1 à 37,1 ‰) sont très élevées chez les enfants de 0-5 ans. Le taux de fréquentation des centres de santé reste faible (40%) ; et l'analyse de la situation révèle (i) un déficit de 2 300 000 traitements ACT chez les enfants de moins de 5 ans, (ii) une faible participation de la communauté dans la lutte contre le paludisme alors qu'elle a un rôle capital à jouer, et (iii) un manque de capitalisation des expériences concluantes en matière de prise en charge de paludisme. Dès lors, la prise en charge communautaire se révèle très pertinente pour renforcer les efforts déployés par les services de santé pour lutter contre cette affection.

L'approche « groupements relais » consiste à sélectionner dans les zones d'interventions les groupements déjà existants et fonctionnels, et surtout qui ont une activité génératrice de revenus autre que celle de la prise en charge communautaire. Dans ce groupement tous les membres sont formés pour faire la prévention et chacun peut la faire. Mais c'est seulement le bureau (**Président, Secrétaire et Trésorier**) instruit qui est autorisé à traiter le paludisme à cause des fiches à remplir. Cette approche permet de prévenir les abandons et les défaillances mieux que l'approche de financement basé sur la performance qui utilise des relais individuels isolés. Ici lorsqu'un membre est défaillant les autres membres prennent la relève. Dans cette configuration collective des relais communautaires, même si on veut changer quelqu'un, le changement se fait à l'intérieur du groupement qui désigne un membre en son sein pour prendre part aux activités.

### 5.1. PROMOTEURS

Les ONG internationales CRS, Plan Bénin, Africare, MCDI et Caritas se sont mises ensemble dans un partenariat efficace pour combattre le paludisme, impulser le développement et offrir un message de vie et d'espoir aux populations béninoises confrontées à ce fléau (Brown Ndaye, 2010) à travers le projet PALU ALAFIA<sup>9</sup>. Le CRS a démarré le projet Palu ALAFIA en 2009 au niveau communautaire.

---

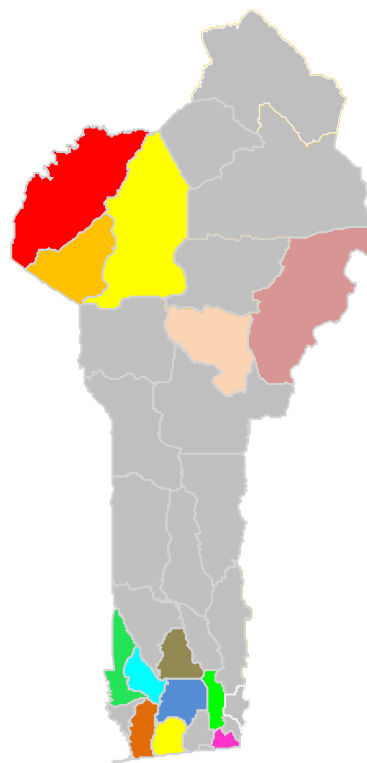
<sup>9</sup> Ces 5 ONGs sont récipiendaires du financement du Fonds Mondial pour le 7ème Tour d'Appel du Fonds Mondial pour la composante Paludisme couvrant une période de cinq (5) ans de 2008 à 2012. Le Bénéficiaire Principal (PR) est CRS, et les 4 autres ONGs sont les Sous Récipiendaires (SR): Les objectifs visés sont : i) Prendre correctement en charge 80% des cas de fièvre à domicile chez les enfants de moins de 5 ans dans un délai de 24 heures d'ici 2013 dans six départements du pays, ii) Amener 100% des Organisations Communautaires de Base (OCB) sous contrat à mener des activités de prise en charge des cas de fièvre et de sensibilisation au niveau communautaire pour la lutte contre le paludisme conformément aux contrats de performance signés avec eux, et iii) Renforcer les capacités du système de santé dans la gestion de la prise en charge des cas de fièvre au niveau communautaire.

## 5.2. ACTEURS

- Ministère de la Santé
- CRS,
- Plan Bénin,
- Africare,
- MCDI
- Caritas
- Les DDS
- Les responsables de centre de santé
- Les ONGs locales et les organisations à base communautaire
- Les Relais Communautaires

## 5.3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

Le projet PALU ALAFIA<sup>10</sup> couvre 14 zones sanitaires regroupant 40 communes sur **les 83** que compte le Bénin. Les 14 ZS sont réparties entre les partenaires comme il suit : CRS: Atlantique (03 ZS) ; Africare: Mono/Couffo (04ZS) ; Plan Bénin: Atacora (03 ZS) ; MCDI: Borgou (02 ZS) ; CARITAS NATIONALE: Ouémé (2ZS).



## 5.4. ETAPES ESSENTIELLES DE MISE EN ŒUVRE

Depuis juillet 2008, CRS et les autres ONG concernées par cette expérience, en partenariat avec le MS collaborent avec plus de 1886 organisations communautaires de base (OCB) dans le cadre de la fourniture des soins à base communautaire contre le paludisme aux enfants de moins de cinq ans. La stratégie de la prise en charge communautaire du paludisme répond aux besoins de traitement d'environ 80% des cas simples de cette maladie qui n'ont pas accès aux soins pour diverses raisons, notamment le manque de moyens financiers, l'inaccessibilité géographique aux centres de santé. Les principales étapes de mise en œuvre du projet PALU ALAFIA sont :

---

<sup>10</sup> PROJET PALU ALAFIA DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU PALUDISME PAR LES CTA DES ENFANTS DE 0-5ANS DANS 14 ZONES SANITAIRES DU BENIN



**Etape 1** : Elaboration et soumission du projet PALU ALAFIA au 7ème Round du Fonds Mondial.

**Etape 2** : Signature des contrats entre CRS (Récipiendaire Principal) et le Fonds Mondial ; et entre CRS et les Récipiendaires Secondaires (*Plan Bénin, Africare, MCDI et Caritas*) et **développement des documents programmatiques** (*Plan de mobilisation des communautés, Plan de gestion des approvisionnements et des achats, Gestion du Budget, Plan de suivi et évaluation, Plan de mise œuvre du Projet PALU ALAFIA et mécanisme de Coordination*).

**Etape 3** : Atelier de démarrage du projet qui a réuni pendant 5 jours les équipes techniques des 5 ONG récipiendaires avec l'appui de personnes ressources du Ministère de la Santé et du Comité National de Coordination du Fonds Mondial.

**Etape 4** : Elaboration des outils de formation des RC et de gestion des cas de paludisme, et atelier de formation des formateurs.

**Etape 5** : Organisation des ateliers d'orientation des communautés pour présenter le projet PALU ALAFIA, ses stratégies, ses activités et les bénéficiaires, harmoniser les compréhensions et susciter leur adhésion.

**Etape 6** : Sélection et formation des Organisations Communautaires de Base (OCB). Il s'agit d'OCB à majorité féminine de 15 personnes en moyenne reconnues dans leurs localités, encore actives dans le domaine de la santé et jouissant d'une bonne réputation. La formation des OCB aboutit à la contractualisation et le renforcement de capacités de 1886 OCB (***c'est l'approche « Groupement Relais »***) réparties dans 14 zones sanitaires des six départements bénéficiaires du programme.

**Etape 7** : Démarrage des prestations des groupements relais et de leur supervision par les agents de santé. Les OCB sont utilisées pour mettre en œuvre les activités prévues sous la supervision du personnel de santé. Elles sont encadrées par le personnel de santé et 40 facilitateurs recrutés et déployés dans les communes bénéficiaires du programme. Les activités exécutées par les OCB sont : le traitement des cas simples et évacuation des cas graves, la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) sur la PEC, la prévention du paludisme (MIILD et TPI), la formation des mères sur la PEC et la prévention du paludisme, les visites à domicile<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Chaque groupement relais reçoit **4 000 FCFA par mois** à raison de 1000F pour chacun des trois membres OCB et 1000F pour la caisse du groupement ; **2000 FCFA par mois** pour les visites à domiciles. Tous les **deux mois**, des réunions de collecte de données et de supervisions groupées sont organisées par les facilitateurs. Pour leur participation à ces réunions, les OCB (relais) **reçoivent 1000F pour le repas** (la réunion dure souvent la journée) et **1500 pour le déplacement**.

**Etape 8 :** Développement de partenariat, de coordination et monitoring de la performance des groupements relais. Cette étape a permis (i) d'établir un partenariat (à travers des contrats) avec les radios et autres medias communautaires pour la diffusion des informations et la CCC sur la prévention et la PEC du paludisme ; (ii) d'organiser des ateliers de concertation avec les acteurs locaux ; (iii) d'organiser des séances de restitution et de partage d'expérience avec les communautés, et d'implication des élus locaux ; (iv) de renforcer la mobilisation communautaire à travers les « marchés de santé » et les festivals de chanson.

Une des particularités de ce projet est qu'il a fait du renforcement du système de santé un de ses volets. Ce volet a trait aux éléments que sont le renforcement de capacités des agents de santé des formations sanitaires à l'utilisation des outils de collecte de données communautaires ; le renforcement des capacités du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), des centres de santé et des responsables des centres de dépôts répartiteurs ; la formation des agents de santé et des OCB à la notification et à la prise en charge des effets indésirables du CTA ; l'aménagement de 14 dépôts répartiteurs ; la dotation des centres de santé d'équipements (motos, téléphones portables, ordinateurs).

## 5.5. RESULTATS CLES OBTENUS

### **Extrait des propos de RC**

*Il y a un profond changement. Lorsque nous faisons la confusion et que nous lions cette affection au soleil, il y avait beaucoup de pertes en vies humaines. Depuis l'avènement de la CTA, il n'y a plus de mort subite d'enfants en cascade pour cause de paludisme (K. E., Relais communautaire, membre du groupement Ifèdun du village kansoukpa, Abomey-Calavi)*

Au 31 mars 2010, les indicateurs du projet PALU ALAFIA affichent les résultats<sup>12</sup> résumés dans le tableau suivant :

---

<sup>12</sup>Nombre d'OCB sélectionnés = 1686 ; nombre d'OCB attendus par SR = 1638

**Tableau I : Données du projet PALU ALAFIA période : Janvier à mars 2010**

Code	Indicateurs	Ensemble		
		Réalisés	Prévus	% Réalisation
1	Nombre d'enfants âgés de 6 mois à moins de 5 ans des zones d'interventions du projets correctement traités avec les CTA au niveau communautaire par les OCB selon la politique nationale	291 548	505 704	58%
2	Nombre d'enfants âgés de 6 mois à moins de 5 ans des zones d'interventions du projets correctement traités avec les CTA au niveau du centre de santé selon la politique nationale	3 159	56 188	6%
3	Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans référés par les OCB pour signes de gravité de la fièvre/paludisme et qui sont reçus dans un centre de santé	90,5%	90%	101%
4	Pourcentage d'OCB qui n'ont pas connu de rupture de stock de plus d'une semaine en CTA au cours du mois	98,5%	100%	99%
5	Nombre de membres d'OCB formés sur la prise en charge à domicile de la fièvre/paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	5 375	4 914	109%
6	Nombre d'agents de santé et de facilitateurs formés à la notification et à la prise en charge des effets indésirables	145	120	121%
7	Nombre de visites à domicile effectués par les OCB	264 294	206 160	128%
8	Nombres de mères et gardiennes d'enfants sensibilisés sur la prévention et a prise en charge des cas de fièvre/paludisme	1 030 625	824 640	125%
9	Nombres de dépôts répartiteurs réhabilités et fonctionnels	14	14	100%
10	Nombres d'émissions radios produites sur le paludisme	714	660	108%

(Sources cf. (Brown Ndaye, 2010)

## 5.6. LECONS APPRISES

- L'avantage du groupement relais réside dans le fait que dans chaque village plusieurs personnes ont la responsabilité directe de la PEC des enfants. Cette approche permet de prévenir les abandons et les défaillances mieux que l'approche de financement basé sur la performance qui utilise des relais individuels isolés. Ici lorsqu'un membre est défaillant les autres membres prennent la relève. Dans cette configuration collective des relais communautaires, même si on veut changer quelqu'un, le changement se fait à l'intérieur du groupement qui désigne un membre en son sein pour prendre part aux activités.
- La formation et la supervision régulière des RC sont essentielles à leur efficacité en matière de prévention des maladies chez les enfants et la prise en charge de ces derniers.
- L'approvisionnement continu des RC en intrants est l'un des maillons faibles du système PIHI-Com qui résulte du manque d'harmonisation des pratiques de gestion des intrants mises en place par les PTFs, et du fait que dans chaque ZS, le système d'approvisionnement des intrants n'est pas unifié et géré par le dépôt répartiteur de la ZS. Il faut éviter à tout prix les ruptures en intrants au niveau communautaire.
- Le recours massif des mères aux RC en 1ère intention en cas de fièvre chez leurs enfants de 0-5ans requiert une large sensibilisation des populations sur l'utilité des services à base communautaire et l'efficacité des RC, et une communication de proximité continue sur leur existence et leurs capacités à prendre en charge les enfants.
- Les séances de restitution communautaire des résultats pour montrer les progrès et les monitorages trimestriels renforcent le dialogue entre les élus locaux, le personnel de santé et les PTFs autour des questions de santé dans les communes.
- Les besoins de renforcement institutionnels des groupements de femmes : formation sur la gouvernance et le leadership, gestion des effectifs et des données (surtout la synthèse des données).