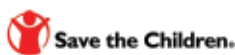




LA PRISE EN CHARGE DES CAS DANS LA COMMUNAUTÉ ÉLÉMENTS ESSENTIELS

Traitement des maladies courantes de l'enfant

GUIDE POUR LES GESTIONNAIRES DE PROGRAMME





Le CORE Group favorise la collaboration et l'apprentissage en vue de développer et d'améliorer les pratiques de santé publique axées sur la communauté. Créé en 1997 à Washington, DC, le CORE Group, organisation indépendante 501(c)3, est le siège du Réseau de santé communautaire, qui rassemble les organisations membres du CORE Group, les universitaires, les militants et les donateurs afin de soutenir la santé des mères, des enfants et des communautés défavorisées à travers le monde.



La publication de ce document a été rendue possible grâce au soutien financier du programme Survie de l'Enfant et Subventions à la Santé Publique, géré par Bureau de la Santé Mondiale de l'USAID (Agence des États-Unis pour le Développement International), en vertu de l'accord de coopération SGH-A-00-05-00006-00; et à travers le MCHIP (Programme Intégré pour la Santé de la Mère et de l'Enfant), financé par l'USAID, en vertu de l'accord de coopération GHS-A-00-08-0002-00. Cette publication ne représente pas forcément le point de vue ou l'opinion de l'USAID. Elle ne peut être reproduite que sous réserve de recevoir des subventions nécessaires.

Citation recommandée

CORE Group, Save the Children, BASICS et MCHIP, 2012. *La prise en charge des cas dans la communauté: éléments essentiels. Traitement des maladies courantes de l'enfant. Guide pour les gestionnaires de programme.* Washington, DC.

Résumé

Si les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont bien connues, les efforts pour protéger les enfants les plus vulnérables n'ont pas suivi le rythme de réalisation des objectifs mondiaux. Mais de plus en plus d'études suggèrent qu'une nouvelle approche pourrait ouvrir une brèche dans la mortalité infantile due aux fléaux les plus meurtriers: la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, l'infection du nouveau-né et la malnutrition. Connue sous le nom de la *Prise en charge des cas dans la communauté (PEC-C) des maladies de l'enfant*, cette approche déploie des agents de santé communautaires en vue d'identifier, de diagnostiquer et de traiter les enfants malades de façon efficace, en collaboration avec leurs familles.

Inspiré par l'ouvrage classique *Fondements de l'immunisation*, ce guide documente d'une manière méthodique ce qui est connu sur la PEC-C et explique comment faire fonctionner cette expérience. Tout d'abord, les gestionnaires de programme de santé sont initiés aux principes de base. Ensuite, *La prise en charge des cas dans la communauté: éléments essentiels* guide les lecteurs à travers le processus de conception et de gestion d'un programme de PEC-C de haute qualité. Résultat final: des vies de nouveau-nés, de nourrissons et d'enfants sauvées à travers le monde.

AVANT-PROPOS

La publication du guide *La prise en charge des cas dans la communauté: éléments essentiels* intervient à un moment où les besoins d'un traitement à caractère communautaire des maladies de l'enfant deviennent de plus en plus pressants. La communauté internationale et les gouvernements de la plupart des pays en développement se sont engagés à atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement qui vise à réduire de deux-tiers la mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2015. La plupart des pays, cependant, ne sont pas en bonne posture pour atteindre cet objectif, et les analyses effectuées dans un certain nombre de ces pays indiquent qu'une intensification des interventions à fort impact—en particulier le traitement de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme, ainsi que les soins au nouveau-né et la nutrition—sera essentielle pour y parvenir. La prise en charge des cas dans la communauté (PEC-C) est une approche importante permettant d'augmenter la couverture de ces interventions, ainsi que de renforcer l'équité dans l'accès aux services sanitaires pour enfants, autre objectif majeur des programmes de survie de l'enfant.

Le moment de publication est également bien choisi étant donné qu'actuellement nous disposons d'une grande quantité de données et d'expériences qui peuvent inspirer les gouvernements et leurs partenaires au développement à élaborer et mener à bien des programmes de PEC-C. Un certain nombre de pays—dont le Népal, le Pakistan, le Honduras et le Sénégal, parmi d'autres—ont désormais des programmes nationaux de PEC-C bien établis dont l'expérience et les approches sont exposées dans la présente publication. De nombreuses organisations non gouvernementales, qu'elles soient internationales ou nationales, ont travaillé avec les gouvernements locaux et nationaux pour mettre en œuvre la PEC-C en tant qu'élément de leurs programmes de santé, en particulier auprès des populations défavorisées. Le présent guide contient des éléments de preuve et d'orientation acquis grâce à toutes ces expériences, étayées par des études scientifiques.

Nous savons avec certitude, par exemple, que si les agents de santé communautaires (ASC) sont bien formés, encadrés et soutenus, ils sont capables de bien diagnostiquer la pneumonie, le paludisme ou la diarrhée chez l'enfant, et de fournir un traitement efficace, même si ces ASC sont analphabètes. Nous savons actuellement, grâce aux expériences de plusieurs pays, que cette approche non seulement change le lieu de recours aux soins, mais elle augmente aussi le nombre d'enfants qui bénéficient d'un traitement approprié lorsqu'ils en ont besoin. Les recherches opérationnelles au Népal ont clairement démontré que quand on permet aux ASC formés de fournir un traitement, on augmente la fourniture de soins appropriés plus que quand on leur permet seulement de référer les cas. Les études sur la qualité des soins administrés par les ASC bien formés qui utilisent la PEC-C démontrent que ces soins sont de la même qualité que les traitements documentés

dans les formations sanitaires publiques, voire d'une qualité supérieure. La présence d'agents de santé qualifiés dans les communautés peut non seulement améliorer la disponibilité des services, mais aussi augmenter la connaissance et la volonté des familles à rechercher des soins appropriés.

Pour ces raisons, de plus en plus de gouvernements et de partenaires au développement reconnaissent la contribution que la PEC-C peut apporter à l'accélération des progrès dans le combat pour la survie de l'enfant. Plus de quarante pays ont lancé des activités de PEC-C, mais la plupart de celles-ci n'ont pas encore été mises à l'échelle. L'expansion de ces activités dans de plus en plus de pays rendra l'expérience, les outils et les orientations contenus dans cette publication d'une valeur significative.

Ce guide est particulièrement important pour les gestionnaires de programme, les assistants techniques et les consultants, ainsi que tous ceux qui souhaitent mieux comprendre les programmes de santé à base communautaire. Cette approche fait partie des efforts continus de notre secteur pour appliquer les résultats de la recherche et l'expérience des programmes en vue d'améliorer la survie, la santé et le bien-être des enfants, des familles et des communautés du monde entier.



Alfred V. Bartlett, III, M.D., F.A.A.P.
Conseiller en Survie de l'Enfant
USAID, Bureau de la Santé Mondiale

REMERCIEMENTS

Lors de la publication de *Fondements de l'immunisation : guide pratique*,¹ Save the Children (États-Unis) a proposé *La prise en charge des cas dans la communauté : éléments essentiels* au CORE Group et au projet BASICS (Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant) de l'USAID. La rédaction de *La prise en charge* a été un effort de collaboration. Nous remercions chaleureusement le Bureau de la Santé Mondiale de l'USAID pour son soutien financier et technique. Nous tenons à remercier très sincèrement le comité de concertation technique—composé de représentants du CORE Group, une coalition d'organisations non gouvernementales (ONG) ; de Save the Children (États-Unis) ; du projet BASICS ; de l'OMS et de l'UNICEF—qui a dirigé à cette initiative. Des experts techniques de haut niveau ont fourni des conseils détaillés sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des efforts en matière de PEC-C, en s'appuyant sur plusieurs décennies d'expérience accumulée par les ONG, les gouvernements, les institutions de recherche et les organismes donateurs. De nombreuses personnes, dont les participants à une colloque internationale sur la PEC-C organisée à Madagascar en 2008 et des collègues qui ont assisté à la réunion du printemps 2008 du CORE Group, ont fourni des commentaires précieux sur des versions provisoires. Les collaborateurs clés de *La prise en charge* sont cités ci-dessous. Nous présentons nos excuses à ceux dont les noms auraient été omis par inadvertance. En 2009, la version anglaise de ce guide a été publiée et diffusée grâce au soutien du Programme Intégré pour la Santé de la Mère et de l'Enfant (MCHIP) de l'USAID.

Écrits techniques / Équipe de rédaction :

David Marsh, Save the Children, États-Unis
Ashley Aakesson, Programme de Nutrition pour les Enfants d'Haïti
Kechi Anah, Africare
Al Bartlett, USAID
Kendra Blackett-Dibinga, Africare
Kathryn Bolles, Save the Children, États-Unis
Jane Briggs, Sciences de Gestion de la Santé
Jennifer Bryce, Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University
Sarah Chaney, BASICS
Paul Crystal, BASICS
Penny Dawson, John Snow International
Emmanuel d'Harcourt, Comité de Secours Internationaux
Amy Ellis, Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University
Paige Harrigan, Save the Children, États-Unis
Katie Haxall, Comité de Secours Internationaux
Carolina Hilari, Save the Children, États-Unis
Robin Houston, consultant

Laura McGorman, USAID
 Linda Morales, consultant
 Patricia Paredes, anciennement employée par l'USAID
 Bertha Pooley, Save the Children
 Elena Reilly, Save the Children, États-Unis
 Jim Ricca, Child Survival Technical Support Plus Project, ORC Macro
 Alfonso Rosales, Christian Children's Fund
 Anne Siegel, Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University
 Diana Silimperi, Sciences de Gestion de la Santé
 Judith Stanley, au nom de l'UNICEF
 Eric Starbuck, Save the Children, États-Unis
 Eric Swedberg, Save the Children, États-Unis
 Aboubacry Thiam, BASICS
 Melissa Thumm, Sciences de Gestion de la Santé
 Laban Tsuma, Plan International
 Emmanuel Wansi, BASICS
 Peter Winch, Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University
 Cathy Wolfheim, Service de la Santé et du Développement Infanto-Juvenile, OMS

Équipe de soutien technique du CORE Group :

Shannon Downey
 Ann Hendrix-Jenkins
 Karen Leban
 Lynette Walker
 Anna West

Comité de concertation technique :

David Marsh, Save the Children, États-Unis
 Salim Sadruddin, Save the Children, États-Unis
 Magdalena Serpa, Afrique 2010, Academy for Educational Development
 Emmanuel Wansi, BASICS
 Ann Hendrix-Jenkins, CORE Group
 Karen Leban, CORE Group
 Emmanuel d'Harcourt, Comité de Secours Internationaux
 Mary Carnell, MCHIP / John Snow Inc.
 Salim Sadruddin, Save the Children, États-Unis
 Asha George, UNICEF
 Aboubacar Kampo, UNICEF
 Jill Boezwinkle, USAID
 Maria Francisco, USAID
 Troy Jacobs, USAID
 Nazo Kureshy, USAID
 Erika Lutz, USAID
 Bernadette Daelmans, Service de la Santé et du Développement Infanto-Juvenile, OMS
 Cathy Wolfheim, Service de la Santé et du Développement Infanto-Juvenile, OMS

Consultant en écriture / rédaction : Nancy Newton

Concepteurs graphiques : Sonya Cohen Cramer, Gwen Glesmann

Illustrateur : Regina Doyle

Réviseur : Alex Martin

Soutien à la traduction française :



Organisation à but non lucratif consacrée à l'amélioration de la santé des personnes dans les pays en développement, PSI concentre ses interventions sur des défis tels que le manque de planification familiale, le VIH / SIDA, la santé maternelle, et les fléaux les plus dévastateurs chez les enfants de moins de cinq ans, dont le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Soutien de base à l'institutionnalisation de la survie de l'enfant, projet de l'USAID)
BCMGE	Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement
CCC	Communication pour le changement de comportement
CPC	Connaissances, pratiques et couverture
CRS	Catholic Relief Services
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
DBC	Distributeurs à base communautaire
FAAM	Fonds autorenewable pour l'achat de médicaments
FAS	Femme agent de santé (Lady Health Worker [LHW]) (Pakistan)
FBSC	Femme bénévole en santé communautaire (Népal)
FRPM	Fonds renouvelable pour les médicaments
GAPP	Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia (Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie)
GCA	Gestion de la chaîne d'approvisionnement
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type B
IRA	Infection respiratoire aiguë
LiST	Lives Saved Tool (Outil de vies sauvées)
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program (Programme intégré pour la santé de la mère et de l'enfant)
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PEC-C	Prise en charge des cas dans la communauté
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIME-C	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la communauté

PCIMNI	Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles
PDVA	Point de vente agréée de médicaments (Tanzanie) (PVAM)
RUMER	Registre d'utilisation des médicaments et des recettes
SANRU	Soins de santé primaires en milieu rural (programme appuyé par le Fonds mondiale de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme)
SFA	Sage-femme auxiliaire
SIG	Système d'information géographique
SND	Soins néonataux à domicile
SRO	Sels de réhydratation orale
STSE+	Soutien technique à la survie des enfants
TDR	Test de diagnostic rapide
TRO	Thérapie par réhydratation orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	U.S. Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)

SECTION I :

INTRODUCTION AU GUIDE ET À LA PRISE EN CHARGE DES CAS DANS LA COMMUNAUTÉ

La prise en charge des cas dans la communauté : une stratégie éprouvée qui vise à augmenter l'utilisation dans les communautés des interventions pour la survie de l'enfant qui sont basées sur des évidences

La prise en charge des cas dans la communauté (PEC-C) est une stratégie visant à mettre en œuvre des interventions curatives pour les maladies courantes de l'enfance, notamment là où il y a peu d'accès aux infrastructures appropriées. Une bonne stratégie PEC-C

- facilite l'accès aux services de PEC-C ainsi que la qualité et la demande de ceux-ci ;
- veille à ce que la PEC-C ait le soutien des décideurs, des prestataires de soins de santé et des membres de la communauté et
- se met en œuvre parallèlement à l'amélioration du système de santé.

La PEC-C n'est pas « isolée ». Les meilleurs efforts assurent la mise à niveau des compétences des agents de santé communautaires (ASC) existants afin qu'ils puissent fournir des soins curatifs ; ces efforts garantissent également des liens étroits avec les formations sanitaires existantes.

La PEC-C amplifie la portée du traitement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la communauté (PCIME-C). La PCIME-C est la troisième composante de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), une pierre angulaire d'une stratégie nationale pour la santé de l'enfant. La PCIME englobe l'amélioration (1) des compétences des prestataires de santé dans la prise en charge des cas, (2) du système de santé, et (3) des pratiques familiales et communautaires. La PCIME-C reconnaît que de nombreux enfants malades n'arrivent pas dans les formations sanitaires (et, en effet, de nombreux

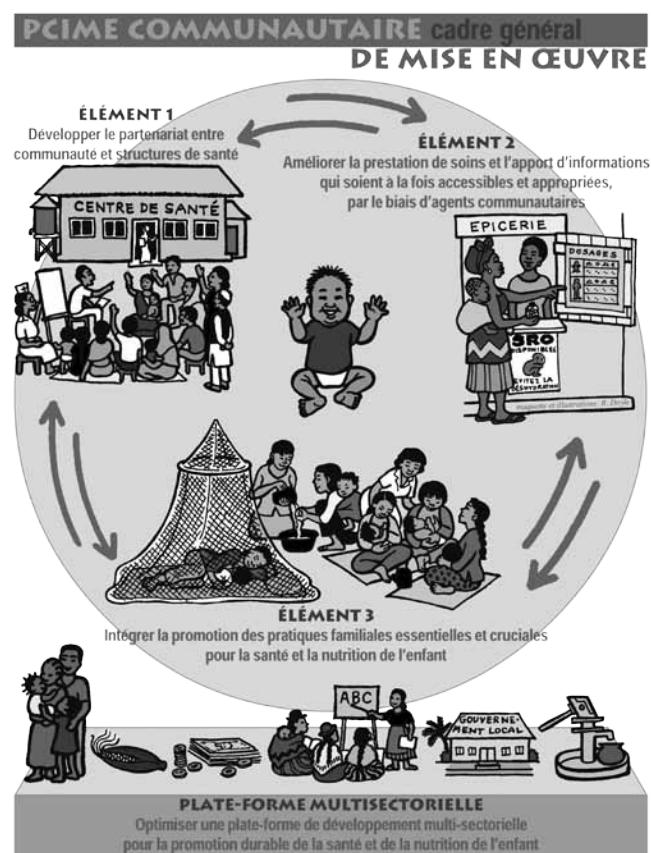


enfants bien portant / en bonne santé ne reçoivent jamais de traitement préventif).² La Figure 1 illustre la PCIME-C comme une plate-forme multisectorielle intégrant trois éléments :

1. le partenariat avec des formations-communautaires ;
2. des fournisseurs de services communautaires de soins et de l'information ;
3. des pratiques familiales clés pour la croissance et le développement, la prévention des maladies, les soins à domicile et le recours aux soins pour les signes de danger.

La PEC-C est le second élément, mais elle va au-delà de la fourniture de soins dans les communautés. La PEC-C comprend la promotion des soins en temps opportun, le développement des soins appropriés à domicile, ainsi que la référence des patients vers les formations sanitaires et la supervision de la part de celles-ci.

FIGURE 1 : LE FONCTIONNEMENT DE LA PCIME AU SEIN DU MÉNAGE ET DANS LA COMMUNAUTÉ



Source : Reaching communities for child health and nutrition

Objectif du guide

L'objectif de *La prise en charge des cas dans la communauté : éléments essentiels* est de fournir des directives opérationnelles pour concevoir, planifier, mettre en œuvre, suivre et / ou plaider pour promouvoir une PEC-C qui répond aux besoins locaux. C'est un guide pratique destiné aux programmes, plutôt qu'une source d'orientation clinique. Des conseils techniques définitifs sur la prise en charge des cas se trouvent dans le kit du programme de formation *Caring for the sick child in the community*³ de l'OMS et l'UNICEF, les boîtes à outils de *La prise en charge des cas dans la communauté* et / ou au niveau des groupes de travail nationaux de la PCIME.

Les gestionnaires de programme au niveau des districts, des ministères de la santé et des ONG sont le principal public auquel ce guide s'adresse. Les planificateurs du niveau central, les avocats, les universitaires et autres professionnels internationaux de la santé trouveront ce guide utile également. Basé sur les expériences des organisations qui composent le CORE Group et sur les publications à le domaine, ce guide anticipe les décisions et les défis que les gestionnaires de programme PEC-C pourraient rencontrer.

Le guide peut faciliter la prise de décisions liées à la création d'un nouveau programme, l'amélioration d'un programme existant ou l'extension de la PEC-C à de nouvelles zones géographiques. Beaucoup de décisions sont à la portée des acteurs au niveau de la communauté et du district (gestionnaires, prestataires, membres de la communauté), d'autres nécessitent la participation des parties prenantes au niveau national.

Organisation du guide. Cette section donne un aperçu de la PEC-C et résume l'expérience de ceux qui l'utilisent. Un cadre de résultats est présenté comme un principe organisationnel pour guider la prise de décision dans la planification et gestion de la PEC-C. La Section II décrit comment bien faire une analyse de situation. Celle-ci est habituellement faite lors de la mise en œuvre d'un nouveau programme de PEC-C, mais elle peut aussi aider à répondre aux questions sur les programmes existants ou à planifier le passage à l'échelle. Les sections suivantes donnent des indications sur la manière d'obtenir chacun des quatre résultats intermédiaires du cadre de résultats. La seule façon d'accroître l'utilisation des interventions destinées à sauver des vies (l'objectif stratégique de la PEC-C) est à travers la réalisation des résultats intermédiaires. Une section sur l'augmentation de l'utilisation suit celles sur les résultats intermédiaires. La dernière section se penche sur le devenir de la PEC-C. Chaque section relative à l'ensemble des résultats comprend :

- un aperçu du résultat intermédiaire, y compris des exemples d'indicateurs pour décrire les divers aspects du résultat qui sont généralement recherchés ;
- un résumé des stratégies, interventions et activités pour atteindre le résultat et
- les étapes de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des stratégies et activités pour atteindre le résultat.

À la fin de chaque section se trouve un répertoire des ressources liées, contenues dans le CD ci-joint. Entre autres outils, cette trousse contient

- des documents pertinents de la politique, tels que les déclarations communes de l'OMS et l'UNICEF ;
- références scientifiques et opérationnelles ;
- matériel de formation ;
- outils de travail, y compris des directives d'évaluation des ASC et des directives de traitement ; et
- les références des documents spécifiques à chaque pays.

Note sur la terminologie. Le guide *La prise en charge des cas dans la communauté* emploie plusieurs termes couramment utilisés qui n'ont pas toujours une signification universellement partagée. Dans le cadre du présent document, le terme « utilisation » signifie la réception d'un traitement dans le cadre de la PEC-C. Le terme « couverture » est fréquemment employé pour désigner des phénomènes identiques ou similaires (tels que la couverture vaccinale). « Agent de santé communautaire » (ASC) désigne le niveau le plus bas ou le plus périphérique des agents de santé de première ligne. Les pays sont en train d'élaborer des politiques sur le rôle, les responsabilités et les qualifications des ASC. Les pratiques nationales, les directives, et / ou les politiques devraient déterminer quel profil des ASC est le mieux adapté à la PEC-C. Dans le contexte de la PEC-C, le terme « interventions » désigne les comportements promus au niveau des ménages et les soins administrés par les agents de santé au niveau communautaire afin de sauver des vies humaines, tels que les antibiotiques, les antipaludiques, le zinc, les sels de réhydratation orale (SRO) et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

Aperçu de la PEC-C

La PEC-C cible les conditions qui provoquent le plus de mort d'enfants dans les pays en développement. Parmi les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans se trouvent la pneumonie (17 %), la diarrhée (16 %), le paludisme (7 %) et les complications néonatales (37 %). Environ un quart des complications néonatales sont dues à la septicémie néonatale et la pneumonie.⁴ La dénutrition est considérée comme une cause sous-jacente de 35 % de l'ensemble des décès des enfants de moins de 5 ans ; ce taux est encore plus élevé pour les décès associés à des infections graves.⁵

L'expérience de la PEC-C s'est focalisée sur ces 5 maladies des enfants âgés de deux mois à 5 ans. Certains programmes visent une seule maladie, tandis que d'autres offrent un traitement au niveau communautaire pour deux ou trois maladies (par exemple, la pneumonie et la diarrhée). L'expérience des programmes intégrant toutes les 5 maladies et de la PEC-C auprès des nouveau-nés (nourrissons de moins de deux mois) reste limitée.

La PEC-C s'appuie sur des évidences obtenues à travers des interventions pour assurer la survie de l'enfant. Quelques interventions (définies comme agents biologiques, fournitures, médicaments ou actions visant à réduire la morbidité ou la mortalité) dont le but est de sauver la vie des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans à un prix abordable dans les pays en développement ont fait leurs preuves.⁶ Ces interventions comprennent des mesures préventives telles que l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de la vie et les traitements tels que les antibiotiques contre la pneumonie (Encadré 1). Ensemble, une trentaine d'interventions permettraient d'éviter plus de 60 % des décès d'enfants chaque année si les familles et les enfants qui en ont besoin pourraient en bénéficier. La PEC-C augmente l'utilisation des interventions curatives, tout en soutenant l'utilisation d'interventions préventives.

ENCADRÉ 1 : INTERVENTIONS CURATIVES DE SURVIE DE L'ENFANT BASÉES SUR DES ÉVIDENCES UTILISÉES DANS LA PEC-C⁷

Ci-dessous, les interventions actuellement utilisées :

- antibiotiques contre la dysenterie
- thérapie de réhydratation orale et le zinc contre la diarrhée
- antibiotiques contre la pneumonie
- antipaludiques contre le paludisme

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et d'autres organisations internationales ont demandé d'urgence l'ajout des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) à la liste d'interventions appropriées dans la PEC-C contre la malnutrition aiguë sévère qui ont un bon rapport coût-efficacité et qui sont basées sur des évidences⁸.

La PEC-C rapproche les soins curatifs aux enfants des communautés difficilement accessibles. La PEC-C est une stratégie qui vise les populations qui n'ont pas un accès continu à des interventions curatives. Il s'agit généralement, mais pas exclusivement, des communautés rurales pauvres. Parmi les pays du monde, la mortalité est considérablement plus élevée chez les enfants qui vivent dans les zones rurales et dans les ménages les plus pauvres⁹. Des inégalités existent aussi dans l'accès aux soins : les enfants des familles les plus pauvres (peu importe où ils vivent) ont moins d'accès à des interventions éprouvées de survie de l'enfant¹⁰.

Pour assurer les interventions, la PEC-C utilise des membres de la communauté qui sont formés, supervisés et liés à des formations sanitaires de proximité. Ces membres de la communauté peuvent être, par exemple, des travailleurs de proximité officiels du Ministère de la Santé (MSP), des agents de santé paraprofessionnels, dont il existe de nombreuses catégories, ou des travailleurs du secteur privé (Encadré 2). Dans la plupart des cas, ces travailleurs possèdent déjà une expérience dans des interventions de prévention à travers des programmes mis en place par la PCIME-C ou dans la mise en œuvre des stratégies similaires. Cependant, ces agents de santé existants ne fournissent pas

toujours des interventions curatives courantes aux enfants malades dans la communauté. En revanche, ils encouragent les pourvoyeurs de soins à s'adresser aux formations sanitaires. Tous les ASC qui assurent la PEC-C ont besoin d'assistance, de la formation et de la supervision des formations sanitaires de proximité.

ENCADRÉ 2 : QUI SONT LES AGENTS DE LA PEC-C ?

Les stratégies visant à mener à bien des interventions destinées à sauver la vie des enfants pauvres ont besoin d'adaptation locale. Pour ce faire, les prestataires communautaires—agents de la PEC-C—ont des caractéristiques et des titres différents. Beaucoup sont bénévoles, d'autres touchent un salaire ou une autre forme de compensation financière. Par exemple, les ASC qui assurent la PEC-C sont des

- *Brigadistas* (promoteurs bénévoles de santé du MSP) au Nicaragua ;
- *Femmes bénévoles en santé communautaire* (female community health volunteers) au Népal
- *Femmes agents de santé* (lady health workers), salariées du MSP au Pakistan ;
- Guérisseurs traditionnels (rebouteux, circonciseurs, herboristes) dans les zones semipastorales d'Éthiopie ;
- Distributeurs agréés de médicaments en Tanzanie; et
- Gestionnaires villageois de médicaments au Mali.

Généralement, mais pas toujours, les agents de la PEC-C sont alphabétisés¹¹. De plus en plus, ils sont rémunérés comme agents de santé du plus bas échelon du système sanitaire national, tels que les assistants de surveillance sanitaire du Malawi et les agents de vulgarisation sanitaire de l'Éthiopie.

De nombreux ASC utilisent des directives adaptées de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ou des orientations syndromiques similaires pour la prise en charge des cas. En général, les ASC

- reçoivent le pourvoyeur de soins et l'enfant ;
- évaluent l'état des enfants malades en posant des questions au pourvoyeur de soins et en observant l'enfant ;
- décident si l'état de l'enfant nécessite un traitement d'urgence, requérant une référence médicale ; s'il s'agit d'une maladie nécessitant un traitement à domicile ; ou si l'enfant n'est pas malade ou s'il a d'autres problèmes ;
- administrent le traitement approprié ;
- conseillent le pourvoyeur de soins sur les soins à domicile et sur les mesures à prendre si l'état de l'enfant ne s'améliore pas et
- assurent le suivi pour évaluer l'état et l'observance du traitement.

Les ASC peuvent exercer leurs fonctions depuis leur domicile ou dans un bâtiment construit par la communauté. D'autres ASC sont basés dans des formations sanitaires du gouvernement, des ONG ou du secteur privé.

La PEC-C se conforme aux pratiques recommandées par l'OMS, l'UNICEF et d'autres organismes sanitaires internationaux. L'OMS, l'UNICEF et

d'autres agences internationales ont conjointement appelé les pays du monde à adopter et promouvoir des politiques et programmes à forte composante communautaire pour assurer des interventions contre la diarrhée¹², le paludisme¹³, la pneumonie¹⁴, les soins au nouveau-né¹⁵, et la malnutrition aiguë sévère⁸, en améliorant des services et infrastructures sanitaires de base.

La PEC-C a une justification solide

Presque tous les décès d'enfants dans le monde surviennent dans les pays en développement. Chaque jour, en moyenne, plus de 26 000 enfants de moins de 5 ans meurent dans le monde. La plupart d'entre eux vivent dans 60 pays en développement¹⁶. L'Afrique subsaharienne compte presque la moitié des décès d'enfants ; l'Asie du Sud arrive en deuxième place. En outre, le taux de mortalité des enfants dans les pays les moins avancés (selon la classification de l'ONU) en 2007 (130 décès pour 1 000 naissances vivantes) était de 18 fois plus élevé que dans les pays à revenu élevé (7 décès pour 1 000 naissances vivantes)¹⁷.

La plupart des pays à forte mortalité ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre leurs Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Malgré le progrès global en matière de réduction de la mortalité infantile, très peu parmi les 68 pays à taux de mortalité infantile le plus élevé dans le monde réalisent des progrès suffisants pour atteindre l'OMD 4 : réduire le taux de mortalité infantile de deux-tiers entre 1990 et 2015¹⁸. Par exemple, le taux annuel moyen de réduction du taux de mortalité observé pour la période 1990–2006 en Afrique subsaharienne a été de 1,0 %¹⁵. Pour atteindre l'OMD 4, un taux de réduction de 10,5 % est nécessaire chaque année. En Asie du Sud, le taux moyen de réduction annuelle des décès chez les enfants de moins de 5 ans était de 2,57 %, bien qu'un taux de réduction annuelle de 7,8 % soit nécessaire pour atteindre l'OMD 4.

Le recours aux interventions destinées à sauver des vies est faible dans les pays à taux de mortalité élevé. Le taux de mortalité infantile est élevé lorsque les taux d'incidence et / ou le taux de létalité sont élevés. Les décès sont plus probables lorsque le recours à des interventions destinées à sauver des vies est faible. Ce faible recours aux interventions s'explique par le fait que certains pourvoyeurs de soins ne savent pas quand et où obtenir des soins, par une mauvaise qualité (réelle ou perçue) des soins disponibles ou par l'inaccessibilité aux soins due au fait que les enfants vivent dans des communautés éloignées des formations sanitaires et ne peuvent pas accéder ni à des soins de qualité ni à des médicaments qui leur sauveraient la vie. Peu de progrès a été constaté concernant l'augmentation des taux de couverture pour les traitements efficaces contre les maladies infantiles. Seulement 56 % des enfants atteints d'une pneumonie présumée consultent des prestataires de soins appropriés¹⁶. Seulement un quart environ des pourvoyeurs de soins connaissent le signe principal de la pneumonie chez les enfants : une respiration rapide ou difficile. Dans les pays en développement, seulement environ un tiers des enfants atteints de diarrhée reçoit un traitement

approprié¹⁶. Les taux de couverture sont plus faibles dans les pays où les taux de mortalité sont les plus élevés¹⁹.

Accroître la capacité de traiter les enfants qui n'ont pas accès aux formations sanitaires peut augmenter l'utilisation de ces interventions.

La PEC-C devrait être rentable dans de nombreux contextes. La PEC-C accompagne les soins fournis dans les formations sanitaires : les deux sont nécessaires pour réduire la mortalité infantile dans de nombreux contextes. Certes, la PEC-C augmente le coût total du système de santé, mais elle fournit aussi des soins médicaux aux populations précédemment desservies qui ne peuvent être atteintes par les des stratégies qui privilégient les soins dans les établissements. La PEC-C nécessite la formation, et la supervision et le soutien aux travailleurs communautaires éloignés des formations sanitaires, un soutien qui peut s'avérer coûteux.

Le coût et le coût-efficacité de la PEC-C sont des sujets d'études en cours. En attendant, de nombreuses raisons soutiennent l'utilisation de la PEC-C pour fournir des interventions curatives dans les communautés où les soins médicaux en établissement ne sont pas disponibles ou possibles.

- La PEC-C repose sur des normes fondées sur la science, tout comme les soins administrés en établissement. Par exemple, les ASC peuvent compter avec précision le rythme respiratoire²⁰, sachant que l'observation d'une respiration rapide permet de mieux discerner la pneumonie que l'auscultation²¹.
- Une expérience encourageante du recouvrement des coûts des médicaments dans la PEC-C indique que cette stratégie peut être durable et que les médicaments peuvent être disponibles, bien que l'expérience avec un approvisionnement durable dans la PEC-C soit limitée.
- L'amélioration de l'accès géographique grâce à la PEC-C peut avoir pour résultat l'amélioration de l'accès social. Par exemple, les pourvoyeurs de soins d'enfants peuvent avoir accès aux services dans leurs propres communautés. Une bonne utilisation des services de la PEC-C est probable.
- Un meilleur accès à une bonne prise en charge devrait se traduire par un traitement plus précoce, une réduction des cas avancés, une récupération plus rapide, moins de références, et moins de charge sur les centres de santé que les soins dans des contextes sans la PEC-C. Comme le Tableau 1 l'indique, le traitement d'une pneumonie simple au sein de la communauté revient plus cher que son traitement dans une formation sanitaire. Toutefois, si elle n'est pas traitée dans la communauté, la pneumonie simple pourrait se transformer en pneumonie grave ou très grave, nécessitant un traitement plus coûteux. Les activités de soutien visant à promouvoir l'utilisation de la PEC-C, telles que les consultations assurées par les agents de santé auprès des ménages concernant le choix des soins, sont souvent nécessaires pour veiller à ce que les cas appropriés soient traités par les agents de santé dans la communauté²².

- Le maintien d'une stratégie de PEC-C peut-être plus viable que les tentatives de maintenir une formation sanitaire autonome dans une région éloignée, étant donné que la rotation du personnel de la PEC-C peut être inférieure à celle de leurs confrères travaillant dans une formation sanitaire²³.
- La PEC-C vise des zones difficilement accessibles qui ont des taux de mortalité plus élevés que les zones proches des formations sanitaires existants. Ainsi, même si la stratégie peut être plus coûteuse par habitant, l'effet bénéfique peut être plus grand, ce qui donne un bon rapport coût-efficacité. Cet aspect est à étudier.

TABLEAU 1 : COMPARAISON ENTRE LES COÛTS DE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE À DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS DANS LES PAYS À REVENU MOYEN ET FAIBLE²⁴

MALADIE	LIEU DE	COÛT (EN US\$)
Pneumonie simple	Formation sanitaire	2,00
Pneumonie simple	Communauté	8,00
Pneumonie grave	Hôpital	82,00
Pneumonie très grave	Hôpital	172,00

ENCADRÉ 3 : LA PEC-C GÉNÈRE DES ÉCONOMIES AU HONDURAS²⁵

Dans les communautés rurales du Honduras, les ASC des unités de santé communautaire examinent chaque mois plus de 250 enfants de moins de 5 ans dans 64 communautés. Le coût moyen de traitement d'un épisode typique d'une maladie infantile dans une unité de santé communautaire représente seulement 3 % de la moyenne nationale dans les formations sanitaires, soit 0,48 US\$ contre 15,50 US\$.

Dans de nombreux pays l'utilisation incontrôlée des antibiotiques est déjà largement répandue. Pour soigner les enfants malades, les pourvoyeurs de soins utilisent souvent la chloroquine, les antibiotiques et autres médicaments achetés sur un marché local ou d'autres sources communautaires. Dans ces circonstances, il peut exister peu de mécanismes pour assurer que l'ordonnance, le dosage et l'observance du traitement, ainsi que la qualité des médicaments, sont correctes. Parfois, les pourvoyeurs de soins donnent ce qui reste des antibiotiques utilisés lors de l'épisode antérieur, souvent de façon incorrecte. Des ASC, bien formés et bien supervisés, qui reçoivent un bon approvisionnement et sont bien approvisionnés, ont la possibilité de réduire la résistance aux antibiotiques en les utilisant plus rationnellement.

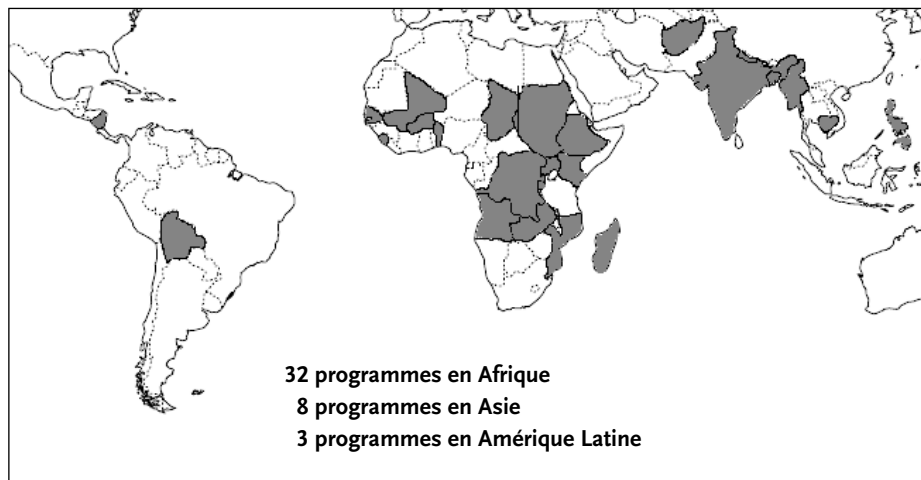
Les dirigeants internationaux plaident pour une intensification d'attention et d'effort pour faire avancer des stratégies qui vont au-delà des formations sanitaires fixes et assurent des soins essentiels au niveau communautaire. Les principaux organismes mondiaux de la santé ont souligné que l'introduction

des interventions destinées à sauver des vies dans les communautés est primordiale pour améliorer la santé des enfants. Une récente évaluation multinationale de la PCIME a souligné la « nécessité de changer les systèmes de livraison ... qui reposent uniquement sur les formations sanitaires du gouvernement ... d'inclure toute la gamme de canaux potentiels dans un contexte et des approches communautaires solides²⁶. » Le suivi des politiques nationales qui permettent le traitement antibiotique de la pneumonie dans la communauté, réalisé par la collaboration Compte à rebours 2015 pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, est un autre indicateur de l'importance accordée à la PEC-C^{27, 18}.

Le nombre de pays utilisant la PEC-C augmente. L'élan mondial en faveur de la PEC-C prend de l'ampleur (Encadré 4)²⁸. Un sondage réalisé en 2007 sur les politiques, programmes et plans de la PEC-C de la pneumonie dans 57 pays africains et asiatiques du Compte à rebours a révélé qu'environ un tiers des pays avait des politiques favorables à la PEC-C, et un autre tiers n'avait pas de politique qui l'interdisait. Dans la moitié des pays, la stratégie avait été mise en œuvre, la plupart du temps sur une petite échelle. Environ la moitié des pays dans lesquels la stratégie n'avait pas été mise en œuvre prévoyait de la piloter ou de l'introduire.

Une autre enquête menée parmi les ONG membres du CORE Group a révélé que 18 ONG avaient 44 programmes de PEC-C dans 26 pays pendant la période 1998–2008 (Figure 2)²⁹. La portée des programmes variaient considérablement : 75 % traitaient la fièvre avec des antipaludiques de première ligne, 57 % traitaient la pneumonie avec des antibiotiques et 27 % traitaient la diarrhée avec du zinc et des sels de réhydratation orale (SRO). Plusieurs d'entre eux traitaient plus d'une seule affection médicale.

FIGURE 2 : ZONES GÉOGRAPHIQUES D'INITIATIVES PEC-C DES MEMBRES DU CORE GROUP, 1998–2008



ENCADRÉ 4 : DYNAMIQUE CROISSANTE EN FAVEUR DE LA PEC-C EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Le **Népal** a été pionnier dans la PEC-C de la pneumonie, commençant avec de la recherche et des projets pilotes dans les années 1990, et ces efforts continuent à prendre de l'ampleur. En 2002, les représentants du programme népalais ont assisté à un atelier régional en Afrique de l'Ouest, pendant lequel ils ont partagé leurs expériences de la PEC-C avec les participants des ONG et du MSP. Les discussions lors de l'atelier ont encouragé le Ministère de la Santé du Sénégal à tester la faisabilité de la PEC-C de la pneumonie en l'ajoutant au répertoire des bénévoles en santé communautaire qui traitaient déjà le paludisme et la diarrhée. Le succès du projet pilote a encouragé les dirigeants de la République Démocratique du Congo à lancer la PEC-C dans leur pays. Le MSP sénégalais a également décidé d'étendre son programme. Au cours de cette mise à l'échelle en mars 2006, le Sénégal a accueilli un atelier d'échange technique international sur la PEC-C auquel ont participé des représentants de 13 pays d'Afrique subsaharienne. Ils ont envisagé de mettre en place des visites aux pays de leurs collègues, des échanges sur Internet et des réunions de suivi. Des groupes de travail nationaux sur la PEC-C ont été constitués dans les 13 pays, et le Madagascar, le Niger, le Rwanda et le Togo ont lancé la PEC-C de la pneumonie. Une conférence de 2008 à Madagascar a réuni des représentants de 18 pays d'Afrique sub-saharienne ; certains parmi eux sont venus pour comparer les programmes PEC-C qu'ils avaient déjà mis en œuvre, d'autres pour apprendre à établir un programme PEC-C.

L'efficacité et la qualité de la PEC-C sont démontrées par des évidences

La PEC-C possède une grande expérience opérationnelle, et il y a de nombreuses années que des pays aux caractéristiques très différentes ont mis en œuvre diverses formes de PEC-C. La plupart des programmes ont été évalués, bien qu'il y ait peu de publications. Très peu d'essais ont été menés sur les interventions communautaires. Néanmoins, les données publiées à partir de ces évaluations et essais montrent toutes que lorsque les agents de santé sont bien formés et supervisés ils dispensent des soins de grande qualité, améliorant l'état de santé des enfants malades.

Les ASC bien formés peuvent évaluer l'état de santé des enfants malades et les classer en fonction des directives.

Les résultats de recherches menées sur la capacité des ASC à effectuer des tâches cliniques, telles qu'évaluer l'état de santé des enfants malades et bien choisir le traitement, y compris des médicaments en doses adaptées à l'âge de l'enfant, sont presque tous positifs.



Des études importantes sur les compétences cliniques des ASC ont abouti aux conclusions suivantes :

- Les ASC peuvent entretenir leurs connaissances et compétences cliniques plusieurs années après la formation initiale³⁰.
- Les ASC peuvent traiter convenablement presque tous les cas de paludisme, même s'ils ont parfois des difficultés à traiter des enfants présentant des signes et symptômes multiples³¹.
- Les ASC peuvent identifier et soigner adéquatement la pneumonie, bien que l'évaluation des signes tels que la respiration rapide et le tirage sous-costal nécessitent une formation approfondie³².
- Les ASC peuvent identifier correctement les infections ombilicales³³ et des maladies graves chez les nouveau-nés³⁴.
- La majorité des ASC analphabètes peuvent correctement identifier et soigner la pneumonie après la formation³⁵.

Les ASC peuvent correctement gérer les maladies diarrhéiques chez les enfants. Des études menées au Guatemala, en Inde et en Indonésie démontrent que les ASC peuvent être formés avec succès pour identifier des signes de déshydratation chez les enfants malades, former les pourvoyeurs de soins et leur montrer comment préparer la SRO et expliquer l'importance de poursuivre l'alimentation et les apports en liquides pendant les épisodes diarrhéiques^{36, 37, 38, 39, 40}.

Comme nous l'avons déjà indiqué, si les maladies diarrhéiques jouent un grand rôle dans la mortalité infantile, moins de la moitié des enfants atteints de diarrhée reçoivent un traitement approprié. Malheureusement, de nombreux programmes ne forment pas les ASC pour identifier les signes de déshydratation ou de dysenterie sévères, ou pour conseiller les parents de façon adéquate sur la prise en charge de la diarrhée à domicile.



Les ASC peuvent correctement identifier les enfants atteints de pneumonie et les traiter avec des antibiotiques oraux. Dès le début des années 1990, l'OMS a constaté que les ASC sont capables de bien gérer la pneumonie dans la communauté, en utilisant les directives simples pour la classification²⁰. Des études ultérieures ont confirmé cette conclusion^{32, 35, 41, 42}. Certaines études ont démontré que les ASC ont plus de difficultés à gérer les maladies graves^{32, 35, 42}; ils risquent de ne pas reconnaître le tirage sous-costal, un signe de la pneumonie sévère³², ou de ne pas référer le malade à l'hôpital³⁵. Cependant, l'expérience a démontré que la PEC-C augmente la proportion des enfants atteints de pneumonie qui reçoivent des antibiotiques efficaces^{14, 43}.



La prise en charge de la pneumonie par des ASC peut entraîner une réduction de la mortalité. Les études commandées par l'OMS et d'autres recherches^{20, 45, 46, 47, 48} ont démontré qu'une bonne stratégie de prise en charge des cas et leur détection active

peuvent avoir un impact significatif sur la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Cette conclusion a convaincu l'OMS et l'UNICEF à formuler une déclaration commune sur la PEC-C de la pneumonie¹⁴. Parmi les conclusions de ces études sont les suivantes.

- La mise à jour récente⁴⁹ d'une méta-analyse⁵⁰ de la prise en charge des cas de pneumonie par les ASC a démontré que la PEC-C a conduit à une réduction de 20 % de la mortalité infantile globale et à une réduction de 24 % de la mortalité globale chez les enfants de moins de 5 ans.
- La détection passive des cas par les ASC, ainsi que l'éducation communautaire, réduit également de manière significative la mortalité liée à la pneumonie et à toute autre maladie^{34, 35, 51, 52, 53, 54}.

ENCADRÉ 5 : ENCORE DES ÉLÉMENTS DE PREUVE SUR LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DES ASC AU SÉNÉGAL

En 2003 une étude de recherche opérationnelle au Sénégal a cherché à répondre à deux questions : Est-ce que des agents de santé communautaire (ASC) bénévoles sont capables d'examiner, identifier et soigner correctement la pneumonie ? Et sont-ils capables de le faire sans abuser des médicaments ? L'observation des ASC formés, l'examen des registres des patients, et des entretiens avec les pourvoyeurs de soins ont fourni la réponse : un « oui » retentissant ! (En effet, il n'y avait qu'un seul cas de mauvaise utilisation, quand un ASC a été obligé de soigner un adulte.) Presque deux fois plus de cas de pneumonie ont été traités dans les zones d'étude que dans les districts témoins, ce qui démontre qu'un plus grand nombre d'enfants ont reçu le traitement nécessaire⁴⁴.

Les ASC peuvent améliorer la prise en charge du paludisme et augmenter le nombre de malades qui reçoivent un traitement approprié. Plusieurs études démontrent que la prise en charge globale du paludisme progresse grâce au traitement à base communautaire, et certaines études démontrent que cette amélioration a pour résultat la réduction de la mortalité liée au paludisme. Voici quelques exemples.

- Un traitement présomptif du paludisme (distribution des antipaludiques en cas de fièvre dans une zone hautement exposée au paludisme) assuré par les ASC peut augmenter le nombre de patients qui reçoivent un traitement^{55, 56, 57}, renforcer la bonne administration du traitement à domicile⁵⁸ et réduire la morbidité liée au paludisme et les indices parasitologiques⁵⁵. Avec l'évolution épidémiologique du paludisme, l'OMS recommande désormais le diagnostic parasitaire, même au niveau communautaire⁵⁹.
- Les interventions impliquant la famille dans le traitement de la fièvre peuvent conduire à une meilleure administration des antipaludiques à domicile, surtout lorsque ce traitement est combiné avec l'utilisation de schémas thérapeutiques préemballés^{60, 61, 62}.



- Le traitement contre le paludisme administré par les mères à la maison réduit la mortalité globale liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 40 % dans le Tigré, en Éthiopie⁶³.

La PEC-C de la malnutrition aiguë sévère peut améliorer les taux de traitement globaux. Traditionnellement, le traitement de la malnutrition aiguë sévère⁶⁴ s'appuie sur des approches thérapeutiques en établissement, ce qui limite fortement sa couverture et son impact⁸. Toutefois, au cours des 5 dernières années, un nombre croissant de programmes dans des contextes nationaux variés (programmes d'urgence, de transition et de développement) ont employé la PEC-C de la malnutrition sévère en utilisant l'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), une pâte alimentaire à forte densité énergétique à base de l'huile (qui remplace l'eau), ce qui empêche la croissance des bactéries et ne nécessite pas la réfrigération.



Une étude de 21 programmes communautaires de soins thérapeutiques⁶⁵ qui utilisent des ATPE, dans trois pays différents, a montré un taux de récupération moyen de 79,4 % des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ; 74 % des enfants malades étaient soignés comme patients externes⁶⁶. Ces programmes peuvent atteindre un plus grand nombre d'enfants que ne peut un programme similaire de traitement en établissement. Le processus de production des ATPE est simple et peut être transféré dans tout pays doté d'une infrastructure industrielle minimale. Les ATPE produits localement coûtent environ 3 US\$ par kilogramme. Un enfant atteint de malnutrition aiguë sévère aura besoin de 10 à 15 kg d'aliments thérapeutiques, administrés sur une période de 6 à 8 semaines⁸.

La PEC-C de multiples affections est possible et efficace, mais plusieurs défis sont à relever. L'idéal serait que la PEC-C intègre le traitement de toutes les maladies importantes, mais les directives pour l'évaluation et la classification sont plus complexes et moins bien testées. L'efficacité de la prise en charge de plusieurs maladies, telles que la pneumonie, le paludisme et la diarrhée, par les ASC a été évaluée par un nombre d'études relativement restreint. Les résultats obtenus à ce jour suggèrent ce qui suit.

- La diversification du rôle des ASC améliore l'utilisation des services des ASC⁶⁷.
- Les ASC peuvent avoir des difficultés à gérer des maladies graves, telles que la pneumonie grave, le paludisme ou la déshydratation, ou ils peuvent avoir des difficultés à identifier les signes-clés lorsque plusieurs signes sont présents^{31, 68, 69}.
- Les directives ou méthodes d'évaluation et de traitement complexes peuvent exposer les ASC aux difficultés dans la prise en charge de multiples et / ou graves maladies³¹. Le nouveau programme de formation des ASC conçu par l'OMS et l'UNICEF vise à surmonter ce problème (Encadré 6).

Les directives de traitement du programme de formation sont basées sur le principe selon lequel les ASC devraient être en mesure d'identifier une maladie grave, mais il n'est pas prévu qu'ils la prennent en charge.

D'autres défis qu'affronte la PEC-C comprennent son implémentation dans les pays à forte mortalité (où sa mise en œuvre est plus difficile) et sa mise à l'échelle dans les pays où elle a été introduite.

ENCADRÉ 6 : L'OMS ET L'UNICEF DÉVELOPPENT POUR LES ASC UN PROGRAMME DE FORMATION SUR LE TRAITEMENT DES ENFANTS MALADES DANS LA COMMUNAUTÉ⁷⁰

L'UNICEF et le Département de la Santé et du Développement infanto-juvénile de l'OMS ont mis au point un kit de formation flexible en trois parties, *Soigner les nouveau-nés et enfants dans la communauté*, qui permet aux ASC de répondre aux besoins multiples des nouveau-nés et des enfants âgés de 0 à 59 mois. La deuxième partie, « Prendre soin de l'enfant malade au sein de la communauté », est directement liée à la PEC-C. Elle fournit des directives simples, fondées sur la science, que les ASC alphabètes peuvent suivre facilement lors de la prise en charge des enfants âgés de 2 à 59 mois.

Les directives de traitement dans la partie « Prendre soin de l'enfant malade au sein de la communauté », qui doivent être adaptées aux politiques nationales, mettent l'accent sur

- la référence des enfants présentant des signes de danger et
- la prise en charge au sein de la communauté
 - ⇒ de la diarrhée
 - ⇒ de la fièvre (paludisme)
 - ⇒ de la pneumonie (prise en charge ou référence, en fonction de la politique du pays) et
 - ⇒ des problèmes d'alimentation / malnutrition (référence pour la malnutrition aiguë sévère).

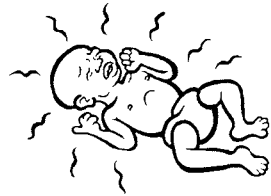
La première partie du programme, « Prendre soin du nouveau-né à la maison », vise à promouvoir les soins prénatals, les soins de qualité à la naissance, les soins de qualité pour la mère, les soins au cours de la première semaine de vie, la reconnaissance des signes de danger et la référence pour ceux-ci et les soins spéciaux pour les bébés de faible poids à la naissance.

La dernière partie, « Prendre soin de l'enfant plus âgé à la maison » (titre provisoire), attire l'attention sur les compétences en matière de fourniture de soins et le soutien au développement des enfants, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la réactivité de la famille face à la maladie d'un enfant et la prévention de la maladie.

Pour plus d'informations, contactez le Département de la Santé et du Développement infanto-juvénile de l'OMS, CAH@who.int, à l'attention de B. Daelmans, C. Wolfheim, ou la Division des Programmes de Santé de l'UNICEF, à l'attention de A. George, ageorge@unicef.org.

Malgré l'adhésion internationale et les éléments de preuve à l'appui, des questions se posent encore au sujet de la PEC-C

Bien que certaines publications importantes décrivent des expériences réussies de la PEC-C, ces expériences sont limitées, soit à des prestations complètes qui fournissent toutes les interventions nécessaires mais sur une petite échelle^{51, 54}, soit à des prestations sélectives qui fournissent seulement une ou deux interventions curatives sur une grande échelle^{43, 71}. Les exemples de la PEC-C complète qui incluent les soins des nouveau-nés malades sont rares, de même que les paquets d'activité de la PEC-C qui atteignent l'échelle nationale. Des exemples de paquets complets sur une grande échelle sont quasi inexistants. En outre, certains éléments de la PEC-C restent controversés dans de nombreux contextes. Toutes ces questions, et d'autres, sont de pertinentes problématiques pour les études de recherche opérationnelle.



Les résultats des essais dans des contextes contrôlés sont prometteurs pour la PEC-C de la septicémie néonatale, mais l'OMS et l'UNICEF ne peuvent pas recommander cette approche avant que des données provenant d'études réalisées dans le cadre des programmes de routine ne soient disponibles¹⁵. Peu d'études ont été menées sur la PEC-C des nouveau-nés malades. Les données disponibles à partir des contextes contrôlés, principalement en Asie du Sud, suggèrent que les approches de la prise en charge des cas utilisant des antibiotiques pour les infections néonatales dans les milieux communautaires offrent des avantages non négligeables⁷². Les conclusions des études qui ont examiné l'évaluation des ASC et le traitement des infections néonatales sont les suivantes.

- Le traitement de la septicémie néonatale par les ASC est à la fois faisable et efficace, et a pour résultat, en association avec d'autres interventions, une diminution significative du taux de létalité et de mortalité néonatale^{34, 73}.
- Une méta-analyse de 5 essais contrôlés de la PEC-C de septicémie néonatale a montré une réduction de mortalité néonatale toutes causes de 27 % et une réduction de 42 % de la mortalité liée à la pneumonie, bien que la contribution exacte des antibiotiques à la réduction de la mortalité néonatale n'ait pas pu être estimée⁷².

Malgré ces résultats prometteurs, la sécurité et la viabilité à long terme de la PEC-C de septicémie néonatale doivent encore être évaluées dans des contextes plus représentatifs des routines opérationnelles et ressources limitées qui caractérisent les programmes. Pour l'heure, l'OMS et l'UNICEF recommandent que les ASC assurent des visites à domicile pour identifier les nouveau-nés gravement malades et aider les familles à se faire soigner dans une formation sanitaire¹⁵.

Certains pays ont des politiques qui empêchent les ASC d'administrer des antibiotiques et / ou des antipaludiques²⁸. Cette prise de position qui détermine la politique commune est liée à la conviction au sein de nombreux ministères de la santé que seul un personnel médical qualifié peut correctement diagnostiquer la pneumonie et le paludisme, et administrer un traitement antimicrobien.

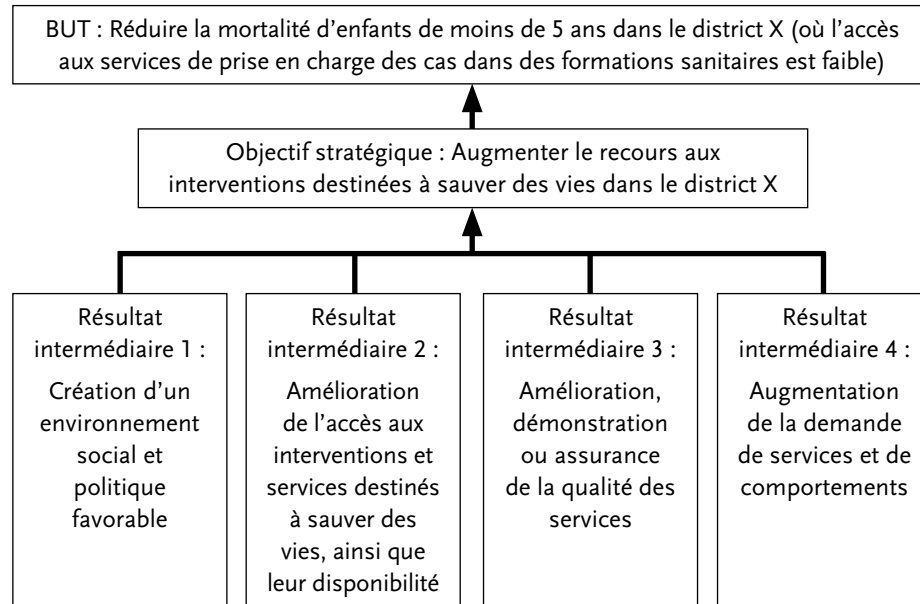
Des évidences concernant la résistance aux antimicrobiens et la PEC-C ne sont pas encore établies. La mauvaise utilisation des antibiotiques et des antipaludiques et la résistance accrue à leur efficacité qui en résulte sont des préoccupations légitimes. Néanmoins, des programmes PEC-C de qualité ont le potentiel de réduire la résistance aux antimicrobiens puisque les prestataires qualifiés qui sauvent des vies remplaceront progressivement l'automédication et le traitement par les prestataires non qualifiés. L'évaluation, la classification et le traitement corrects par les ASC sont au cœur de la PEC-C. Les études démontrent que la formation des agents de santé basés dans des établissements sanitaires permet de réduire l'utilisation inappropriée des antibiotiques. La formation des ASC dans le cadre de la PEC-C est susceptible d'apporter les mêmes résultats⁷⁴.



L'utilisation d'un cadre de résultats pour la prise de décision sur la PEC-C

Ce guide utilise un cadre de résultats pour orienter la prise de décision en matière de planification et de gestion de la PEC-C (Figure 3). Un outil à la fois de planification et de gestion, un cadre de résultats est similaire à la cartographie de programme, à la chaîne causale et autres structures de programme. Un cadre de résultats remplit plusieurs fonctions importantes.

- Il fournit une base pour décider ce qui doit être fait pour atteindre le but du programme, en décrivant les liens logiques entre le but et les résultats intermédiaires (ou objectifs intermédiaires) ;
- il incite les acteurs à définir des indicateurs pour suivre la progression jusqu'à l'obtention des résultats ;
- il aide à interpréter les données du programme en vue de prendre des décisions sur des modifications possibles et
- il facilite la communication sur un programme en résumant son but et son contenu.

FIGURE 3 : ILLUSTRATION DU CADRE DE RÉSULTATS POUR LA PEC-C

L'objectif stratégique est au centre du cadre de résultats. L'objectif stratégique décrit le « quoi »—le service, les médicaments, les fournitures et / ou une pratique connue que les bénéficiaires doivent utiliser vu qu'elle a un impact bénéfique sur l'état de santé. Par exemple, l'utilisation accrue d'antibiotiques contre la pneumonie, et des SRO et du zinc en cas de diarrhée, améliore les chances que l'objectif global de réduction de la mortalité et d'amélioration de l'état de santé sera atteint. Le terme « utilisation » comprend à la fois le fait de bénéficier de l'intervention et l'observance à la maison.

Au-dessus de l'objectif stratégique se trouve le but, l'objectif ultime ou le « pourquoi » d'un programme : sauver des vies.

Les quatre résultats intermédiaires sont des étapes essentielles—et interdépendantes—vers la réalisation de l'objectif stratégique. Ils sont le « comment ». Il s'agit des activités et stratégies qui conduisent à une utilisation accrue. Ces résultats intermédiaires peuvent être décrits comme suit :

- Les conditions favorables sont ceux dans lesquelles les facteurs sociaux et politiques à tous les niveaux, depuis la communauté jusqu'à la capitale nationale, encouragent et soutiennent la PEC-C. Les stratégies comprennent le plaidoyer en faveur des politiques, le renforcement des capacités à tous les niveaux (en particulier au sein de la communauté et du district) et la planification de la viabilité financière.
- L'amélioration de l'accès aux interventions et services résulte de la réduction des obstacles (géographiques et sociaux) à l'obtention de services de soins pour les maladies infantiles et l'augmentation de la probabilité que

ces services soient disponibles en cas de besoin. La PEC-C est une stratégie essentielle à amélioration de l'accès. Cette amélioration repose sur des activités qui permettent de garantir que les stocks de médicaments et de matériel soient adéquats et de faciliter la référence vers les formations sanitaires pour les cas graves.

- L'amélioration de la qualité veut dire que la qualité technique des services est élevée et que les communautés perçoivent les services reçus comme étant de bonne qualité. Les stratégies et activités comprennent la formation et la supervision des ASC, des superviseurs et du personnel des formations sanitaires.
- L'augmentation de la demande exige non seulement la sensibilisation aux services de la PEC-C, mais aussi la reconnaissance en temps opportun de la maladie et le recours aux soins, de même que la prise en charge efficace à domicile des enfants malades.

Améliorer l'accès aux services de prise en charge des cas n'est pas suffisant pour obtenir une utilisation accrue. Bien que la PEC-C soit une stratégie pour améliorer le faible accès aux interventions curatives destinées à sauver des vies, la PEC-C doit obtenir les quatre résultats intermédiaires pour avoir une chance de réussir, c'est-à-dire d'augmenter l'utilisation des interventions. La communauté et l'environnement politique doivent les soutenir. Les services doivent être de bonne qualité. La communauté doit être consciente et enclin à demander ces services. Les activités et stratégies pour obtenir chaque résultat intermédiaire se renforcent mutuellement et se déroulent simultanément et à différents niveaux au sein d'un système de santé.

ENCADRÉ 7 : UTILISER LE CADRE DE RÉSULTATS POUR ÉVALUER LES OBSTACLES À L'ACCÈS

L'utilisation du cadre de résultats pour analyser plusieurs situations nous aide à comprendre la vaste gamme de facteurs qui peuvent empêcher la mère et l'enfant d'utiliser des interventions éprouvées. Pour chacune des situations suivantes, il convient d'identifier lequel des résultats intermédiaires n'a pas été atteint. En d'autres termes, quel problème empêche la mère d'utiliser des interventions qui pourraient sauver la vie de l'enfant ?

- Une mère guji expérimentée d'un village reculé du sud de l'**Éthiopie** n'amène pas son nouveau-né léthargique dans une formation sanitaire pour la prise en charge, malgré les exhortations dans ce sens faites par son ASC, parce que cette formation sanitaire est à deux jours de marche sur un sentier semidésertique.
- Une jeune mère autochtone d'une région rurale du **Guatemala** n'amène pas son nourrisson manifestement déshydraté pour la prise en charge de la diarrhée dans un centre de soins (à deux kilomètres) parce que le prestataire a la réputation de soigner des enfants malades sans même les examiner.
- Une mère de 5 enfants d'une tribu montagnarde de la province de Quang Tri au **Vietnam** n'amène pas son enfant qui tousse et qui a une respiration rapide dans une formation sanitaire pour la prise en charge de la pneumonie, car elle ne sait pas que ce sont des signes de danger et nécessitent un recours rapide aux soins.

La première situation, contrairement aux autres, représente le obstacle commun de l'accès limité (résultat intermédiaire « amélioration de l'accès »). L'argument en faveur de l'emploi de la PEC-C est particulièrement convaincant lorsque la demande de la population et la qualité des services de prise en charge existants sont bonnes, mais leur utilisation est minée par l'accès limité. Toutefois, même dans ces situations, la qualité de la PEC-C, à la fois perçue et réelle, doit être très bonne pour encourager la demande, et d'autres activités sont nécessaires pour garantir que la communauté sait quand et comment obtenir des soins.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un nourrisson dont la mère a reconnu l'état santé grave et qu'elle voulait faire soigner. En effet, les soins étaient à portée de main, mais la qualité de soins (résultat intermédiaire « amélioration de la qualité ») a été jugée mauvaise, et pour cette raison elle n'a pas consulté. Cette situation indique que des efforts visant à améliorer les relations client-prestataire, peut-être mieux que la mise en œuvre de la PEC-C, seraient susceptibles d'encourager l'utilisation des interventions destinées à sauver des vies dans cette formation sanitaire.

La troisième situation démontre que les mères, même expérimentées, peuvent manquer de connaissances nécessaires pour sauver la vie des enfants malades, un facteur déterminant de la demande (résultat intermédiaire « augmentation de la demande »). Si une mère ne sait pas ou ne peut pas reconnaître les situations qui motivent le recours à un service, elle ne le demandera pas, pour aussi accessible qu'il soit. Là, en fonction de l'accès aux soins en établissement, les ressources seraient peut-être mieux investies dans la PCIME-C, afin d'améliorer la reconnaissance des signes de danger et le recours aux soins, en même temps que d'autres pratiques ménagères essentielles. Dans les zones où l'accès aux formations sanitaires est limité ou inexistant, la faible demande n'exclut pas la PEC-C. Au contraire, elle exige une forte composante éducative en matière de PCIME-C.

D'une manière plus générale, l'accès, la qualité et la demande sont souvent faibles. Dans ces contextes, la PEC-C doit faire partie d'un effort plus global visant à renforcer le système de santé.

Une observation sur la terminologie. Tout au long de ce guide, l'abréviation « ASC » (« agent de santé communautaire ») s'emploie comme un terme général pour désigner les différents prestataires de services communautaires qui offrent la PEC-C. Le terme « pourvoyeur de soins » s'applique à la personne ou aux personnes responsables de la prise en charge des soins et du traitement des enfants malades—il s'agit le plus souvent, mais pas exclusivement, de la mère. Le terme « partenaires » désigne l'ensemble des organisations ou des organismes impliqués directement dans un effort spécifique de la PEC-C : ministères de la santé, ONG nationales et internationales, donateurs, organismes internationaux et instituts de recherche. Bien que le terme « district » ne soit pas utilisé de manière universelle, dans ce guide, il se réfère à une unité administrative sous-nationale où les autorités sanitaires sont responsables d'un ensemble de services et de formations sanitaires. En fonction du contexte, ce terme pourrait désigner une région, une province, un district, un sous-district, un canton ou une commune.

ENCADRÉ 8 : DÉFINITIONS : DIRECTIVES, ALGORITHMES ET PROTOCOLES

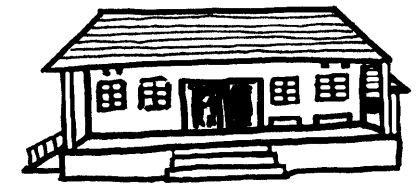
L'ensemble des *directives* est un document de politique générale décrivant l'évaluation, la classification des signes et symptômes, ainsi que le processus de traitement.

Les *algorithmes* sont des diagrammes de prise de décision ou des outils qui montrent la succession des étapes dans la prise en charge d'une maladie et fournissent des informations pour les exécuter⁷⁵. On emploie généralement différents diagrammes pour différents groupes d'âge. Ensemble, les diagrammes constituent souvent un « livret de diagrammes ». Certains pays, programmes ou particuliers utilisent le mot *protocoles* pour désigner des algorithmes, mais ce terme est également employé souvent comme synonyme de « directives ».

Dix choses à retenir dans la planification et la gestion de la PEC-C

Certains de ces recommandations s'appliquent à tout programme de santé, d'autres sont spécifiques à la PEC-C. Toutes sont basées sur une vaste expérience.

1. **Peu de districts, sans parler de pays, auront besoin de la PEC-C pour toute la population.** La PEC-C est une stratégie de prestation pour les populations qui n'ont pas d'accès continu aux interventions curatives—c'est-à-dire les zones les plus difficiles à atteindre. Dans la plupart des districts, une partie de la population a un accès continu aux soins en établissement. Ces populations n'auront peut-être pas besoin de la PEC-C.
2. **La PEC-C n'est pas « isolée ».** La PEC-C a besoin de liens étroits avec les formations sanitaires existantes pour le soutien et la supervision des ASC et pour la référence en cas de maladie grave. La PEC-C devrait avoir lieu dans le cadre d'une amélioration du système global de santé.
3. **Les politiques qui limitent l'accès des ASC aux antibiotiques et médicaments semblables ne sont pas nécessairement un obstacle à la mise en œuvre des programmes de PEC-C.** La plupart des efforts actuels de PEC-C ont commencé comme démonstrations à petite échelle ou comme projets pilotes dans un espace restreint, dans le but de générer une expérience pour éclairer les politiques, et en particulier pour générer des données sur la capacité des ASC à évaluer les enfants malades de manière adéquate et administrer correctement les médicaments. Cette information a contribué au changement de politiques par la suite. En outre, les ASC peuvent effectuer de nombreuses tâches utiles, telles que l'identification des enfants malades et leur référence pour les soins, même s'ils ne sont pas en mesure d'administrer des médicaments.



4. **Commencez là où le succès est le plus probable.** Cela vaut tant pour le lancement que pour l'extension de la PEC-C. Les communautés avec une participation importante et des dirigeants dynamiques et les districts avec des équipes de gestion enthousiastes sont les plus susceptibles de réussir. Ceux-ci peuvent servir de modèles (ou d'« études de cas vivantes ») pour les décideurs, les gestionnaires et les communautés, construisant ainsi le soutien, la motivation et l'enthousiasme nécessaires à la réplique et la mise à l'échelle.
5. **Les meilleurs programmes PEC-C assurent leur viabilité en s'appuyant sur les institutions et programmes existants.** S'appuyer sur les structures organisationnelles existantes—comités communautaires de santé, ASC qui offrent déjà des services de prévention, formations sanitaires de district avec de bons services de PCIME-C—facilite l'institutionnalisation de la PEC-C. Pour assurer la viabilité, il est primordial de maintenir des activités, services et rôles, en les intégrant dans des programmes bien établis et en cours d'exécution. À court terme des structures organisationnelles autonomes ou parallèles peuvent obtenir des résultats plus rapidement, mais en définitive, leur viabilité est moins sûre.
6. **Les interventions peuvent être ajoutées progressivement, si l'intégration complète n'est pas possible.** Comme nous l'avons indiqué plus haut, il existe peu d'évidences et d'expériences relatives aux programmes de PEC-C qui traitent plusieurs maladies. Souvent, les programmes de PEC-C commencent par une combinaison de deux maladies, puis on y ajoute une troisième ou une quatrième, comme ce fut le cas au Sénégal, où le traitement de pneumonie a été ajouté à la charge de travail des ASC qui traitaient déjà le paludisme et la diarrhée (Encadré 4). Une approche progressive permet souvent un succès initial, contribuant à la viabilité.
7. **Utiliser les tâches et les rapports des ASC comme point de départ pour élaborer le système de suivi et d'évaluation.** Les systèmes de suivi et d'évaluation sont au centre de la gestion de programmes. Les gestionnaires, les communautés et surtout les décideurs ont besoin d'informations pour juger si les ASC font bien ce qu'ils sont censés faire et, si ce n'est pas le cas, pourquoi. Ils en ont besoin aussi pour déterminer comment les ASC pourraient être mieux soutenus dans l'exercice de leurs tâches. Les formulaires de registre utilisés par les ASC et leurs superviseurs doivent définir les compétences des ASC et leur charge de travail ; ensemble, ces documents offrent les principaux indicateurs pour le suivi et l'évaluation, tels que le diagnostic et la prise en charge des enfants malades.



8. **Planifier la viabilité et la mise à l'échelle dès le début.** Le succès à long terme de la PEC-C—des programmes viables qui aident davantage d'enfants—est rarement le fruit d'une réflexion après coup. La planification devrait inclure des stratégies pour institutionnaliser les activités, assurer la viabilité financière et développer les compétences de la communauté. La planification doit aussi examiner comment d'autres districts ou composantes du système de santé peuvent bénéficier d'initiatives à petite échelle—et comment un projet peut devenir un programme à plus grande échelle.
9. **Engager tous les acteurs actuels et potentiels tout au long du processus.** Dès les membres de la communauté jusqu'aux représentants du Ministère de la Santé et des hommes politiques, de nombreuses personnes ont un enjeu ou un intérêt dans la PEC-C, ou bien ils pourraient les avoir dans l'avenir. La participation active des acteurs dès le début n'est pas toujours facile à assurer, et sa mise en place demande souvent beaucoup de temps, mais elle génère chez eux le sentiment d'appropriation et prépare le terrain pour l'expansion et la pérennisation de la PEC-C.
10. **La PEC-C est une stratégie évolutive, et par conséquent ce guide est un « document vivant ».** La PEC-C fait l'objet d'un apprentissage continu, et des réponses définitives à de nombreuses questions ne sont pas encore disponibles. Bien que ce guide reflète l'état actuel de la technique, il n'aura pas le dernier mot en matière de prise en charge à base communautaire. En effet, nous espérons que ce « document vivant » sera continuellement enrichi par le matériel de propagande et les leçons apprises des particuliers et des organisations ayant une expérience en PEC-C.

Pour promouvoir un tel apprentissage communautaire, *La prise en charge des cas dans la communauté : éléments essentiels* et le contenu de ses boîtes à outils sont également disponibles en ligne à http://www.coregroup.org/ccm/ccm_resources.html. Des nouveaux contenus peuvent être soumis (en pièces jointes) par courriel à ccmguide@coregroup.org.

Boîte à outils : ressources pour une introduction à la PEC-C

Documents stratégiques / déclarations communes

Community-based management of severe acute malnutrition : a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. Genève, OMS / Programme alimentaire mondial / Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies / UNICEF, 2007.

Implementing the new recommendations on the clinical management of diarrhoea : guidelines for policy makers and programme managers. Genève, OMS, UNICEF, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health et USAID, 2006.

Roll Back Malaria partnership consensus statement : Assuring access to effective malaria case management. Genève, partenariat Faire reculer le paludisme, mars 2004.

WHO / UNICEF joint statement : Clinical management of acute diarrhoea. Genève et New York, WHO et UNICEF, 2004 (WHO / FCH / CAH / 04.7 or UNICEF / PD / Diarrhoea / 01).

WHO / UNICEF joint statement : Home visits for the newborn child—a strategy to improve survival. Genève, OMS, 2009 (WHO / FCH / CAH / 09.02).

WHO / UNICEF joint statement : Management of pneumonia in community settings. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2004.

The world health report 2005 : Make every mother and child count. Genève, OMS, 2005.

Références scientifiques

Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year ? *Lancet*, 2003, 361 :2–10.

Bryce J et al. Countdown to 2015 : tracking intervention coverage for child survival. *Lancet*, 2006, 368 :1067–1076.

Evidence base for the community management of pneumonia [compte rendu de réunion, 11–12 juin 2002, Stockholm, Suède]. OMS / Child and Adolescent Health, 2002.

Global action plan for the prevention and control of pneumonia (GAPP) [compte rendu d'une consultation informelle, 5–7 mars 2007, La Mainaz, Gex, France]. OMS, UNICEF, Hib Initiative et pneumoADIP, 2007.

Handbook : IMCI management of childhood illness. Édition 2005. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2005. Inclut des graphiques et formulaires PCIME. Également disponible en français.

Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. *Family and community practices that promote child survival, growth and development : a review of the evidence.* Genève, OMS, 2004.

Marsh DR et al. Community case management of pneumonia : at a tipping point ? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(5) :381–389.

The Pediatric Infectious Disease Journal : Management of Newborn Infections. Supplément janvier 2009, Vol. 28(1).

Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children : a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3(9) :547–556.

Winch P et al. Intervention models for the management of children with signs of pneumonia or malaria by community health workers. *Health Policy and Planning*, juillet 2005, 20(4) :199–212.

Directives opérationnelles

Caring for the sick child in the community. Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent à l'OMS, CAH@who.int, attention B Daelmans, C Wolfheim ou la Division du programme de la santé de l'UNICEF, attention A George, ageorge@unicef.org.

CRS [Catholic Relief Services] *C-IMCI handbook.* 2e éd. anglaise. Baltimore, MD, Catholic Relief Services, 2003.

Reaching communities for child health and nutrition : a proposed implementation framework for HHC / IMCI [Compte rendu de l'atelier « Reaching communities for child health : advancing PVO / NGO technical capacity and leadership for household and community integrated management of childhood illness (HH / C IMCI), Baltimore, MD, CORE Group and BASICS II, 17–19 January 2001 »]. Washington, DC, CORE Group et BASICS II, 2001.

SECTION II :

ANALYSER LA SITUATION POUR PRENDRE DES DÉCISIONS

Une analyse de situation fournit des informations pour la planification d'une nouvelle initiative de PEC-C ou pour améliorer une initiative existante

Une analyse de situation est à la fois un processus et un produit pour décrire l'état actuel des choses—les besoins et les ressources à partir desquelles on construit ou améliore une PEC-C durable. Le processus implique la participation des acteurs dans la planification, la revue et la collecte des données, l'analyse et l'interprétation. Il renforce la capacité des partenaires à décrire et à proposer des réponses aux problèmes complexes de prestation de services de santé. Les informations recueillies lors de l'analyse de situation sont utilisées pour la planification des programmes de PEC-C. Le produit peut être sous forme d'un rapport, d'une présentation et / ou d'un atelier pour stimuler la mobilisation des ressources et favoriser les politiques de soutien. En définitive, une analyse de situation peut identifier des opportunités stratégiques pour sauver des vies en améliorant l'accès aux services de santé par le biais de la PEC-C.

Décider si les conditions sont réunies pour investir des ressources dans la réalisation d'une analyse de situation

Avant de décider de procéder à une analyse de situation pour une nouvelle initiative de PEC-C, les dirigeants au niveau national, les donateurs et autres décideurs vont probablement demander si la PEC-C est réalisable et capable d'apporter des résultats bénéfiques en matière de santé. Une revue documentaire des données secondaires et des entretiens avec quelques partenaires bien informés ou informateurs peuvent indiquer si les conditions sont réunies pour une analyse de situation et les efforts subséquents pour la mise en œuvre de la PEC-C. Ces conditions sont les suivantes.

- Les maladies qui peuvent être traitées à travers la PEC-C ont un taux de mortalité élevé.
- L'utilisation des services de prise en charge dans les formations sanitaires est faible ou modeste, à cause de la distance et d'autres obstacles. (La boîte à outils à la fin de cette section contient une feuille de travail pour estimer l'utilisation de la PEC-C.)
- En raison des difficultés d'accès aux formations sanitaires, l'utilisation des interventions destinées à sauver des vies restera faible, indépendamment du niveau de la demande ou de la qualité du service.
- L'environnement politique est favorable à la PEC-C. Par exemple, les dirigeants au niveau national sont favorables au lancement des activités, même si les politiques actuelles empêchent les ASC d'administrer des antibiotiques ou des antipaludiques.

ENCADRÉ 9 : CALCUL DES AVANTAGES POTENTIELS DE LA PEC-C⁷⁶

Les donateurs, les décideurs politiques, les gestionnaires et autres parties prenantes sont susceptibles de se demander si la PEC-C va augmenter l'utilisation des services de prise en charge. Une façon de répondre à cette question est de calculer les ratios de traitement, en comparant l'utilisation actuelle, au niveau des formations sanitaires, des services pour le(s) maladie(s) concernée(s) au nombre de cas attendus dans la population cible.

Exemple :

La population des enfants de moins de 5 ans dans le district X = 53 060

Les épisodes de pneumonie chez des enfants recevant un traitement dans une formation sanitaire dans le district X en 2007 = 4 003

La modélisation épidémiologique⁷⁷ prévoit que les enfants dans ce pays seront exposés à 0,3 périodes de pneumonie par enfant / an ($0,3 \times 53\ 060 = 15\ 918$ cas). Ainsi, le ratio de traitement en 2007 est de 25 % ($4\ 003 / 15\ 918$), ce qui démontre que de nombreux cas ne sont pas traités. En 2008, après la mise en œuvre de la PEC-C, le nombre de cas examinés à travers la PEC-C et les formations sanitaires est passé à 9 302, ce qui donne un ratio de traitement de 58 % ($9\ 302 / 15\ 918$), ce qui rassure et démontre que la PEC-C accroît l'utilisation de la prise en charge.

Les politiques qui limitent l'accès des ASC aux antibiotiques et médicaments similaires ne sont pas forcément des barrières à la planification de la PEC-C. Les politiques favorables à la PEC-C ne sont pas nécessairement requises avant d'entreprendre une analyse de situation. Les dirigeants nationaux veulent souvent des évidences issues de leurs propres pays pour orienter les nouvelles politiques. L'implication de parties prenantes influentes dans l'analyse de situation peut aussi produire des champions locaux ou nationaux. Ces personnes peuvent devenir des défenseurs efficaces de la PEC-C vu qu'elles disposent des faits convaincants, des témoignages oculaires, une bonne compréhension de la stratégie PEC-C et une passion qui est le fruit de leur travail avec d'autres experts en PEC-C.

Quand le scepticisme à l'égard de la PEC-C est élevé, l'expérience des pays qui ont mis en œuvre la PEC-C peut inciter les décideurs à aller de l'avant et entreprendre une analyse de situation. La Section III, « Création d'un environnement sociale et politique favorable », décrit les approches et les activités incitant à appuyer la PEC-C.

Décider quels contextes spécifiques (districts) pourraient être appropriés pour la PEC-C et mener une analyse de situation

Les districts où une forte proportion de la population est difficile à atteindre peuvent bénéficier de la PEC-C. Dans la détermination des contextes appropriés, il faut se rappeler tout d'abord que le but de la PEC-C consiste à diminuer la mortalité.

- Le taux de mortalité dans les contextes proposés justifie-t-il la prise en compte de la PEC-C ?

Les données sur les taux, les chiffres absolus et les tendances de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans peuvent faciliter une détermination de la nécessité de la PEC-C. Consulter le plus d'informations possible pour le pays ou le contexte du programme proposé facilitera des réponses aux questions dans les domaines suivants :

- taux de mortalité des moins de 5 ans (global et par cause) ;
- taux de mortalité infantile (global et par cause) ;
- variation régionale et urbaine / rurale dans les taux de mortalité ;
- tendances de la mortalité au fil du temps ;
- proportion de décès survenus à domicile ou dans la communauté et
- répartition des causes de décès, selon l'âge et autres caractéristiques démographiques, si possible.

Ensuite, il faut réfléchir à l'objectif stratégique de la PEC-C, qui consiste à augmenter l'utilisation des interventions destinées à sauver des vies.

- L'utilisation des services de prise en charge disponibles en établissement est-elle faible ou modeste ?
- Si oui, quels sont les obstacles responsables de cette faible utilisation ? (Distance, mauvaise qualité des services, manque de demande, etc.)
- Y a-t-il des agents existants (ASC ou autres) qui pourraient assurer la PEC-C ?
- La PEC-C est-elle la meilleure stratégie pour répondre à ces contraintes ?

Aperçu d'une analyse de situation

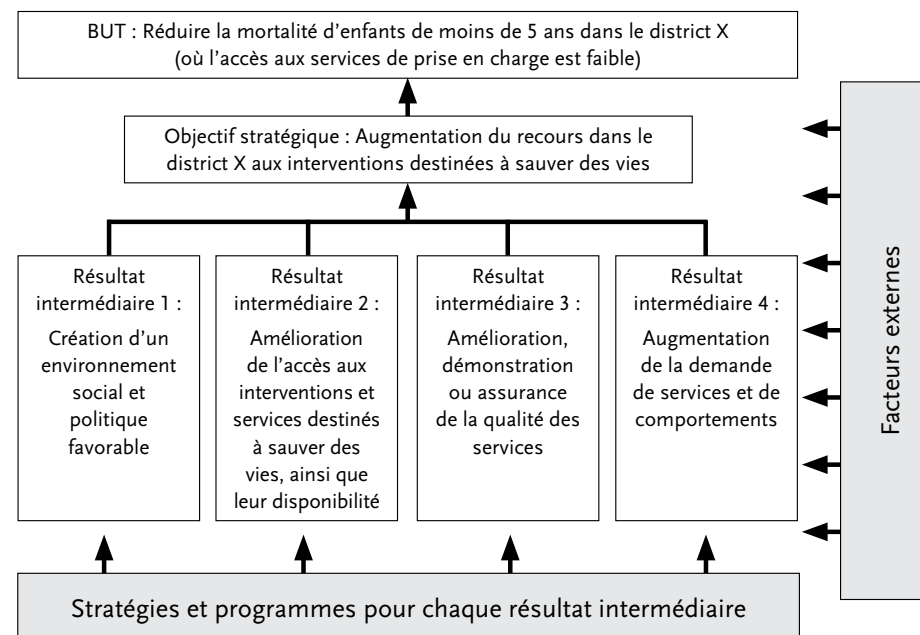
Si les conditions sont bonnes et la nécessité de la PEC-C est prouvée, alors un processus étape par étape peut être suivi en vue de planifier et effectuer une analyse de situation.

Étapes d'une analyse de situation en PEC-C. À l'exception de la première étape, la nature des activités peut varier, en fonction de la situation.

1. Définir le but et les objectifs.
2. Se familiariser avec les questions critiques dans la planification d'une analyse de situation.
3. Définir la portée de l'analyse de situation : analyse de base, intermédiaire ou globale.
4. Examiner les données existantes et collecter de nouvelles informations pour chaque élément du cadre de résultats élargi.
5. Analyser et interpréter les données.
6. Disséminer les résultats.
7. Intégrer le feedback des parties prenantes.
8. Préparer un plan d'action en réponse aux conclusions.

Utilisation du cadre de résultats dans une analyse de situation. Le cadre de résultats fournit des orientations conceptuelles pour toutes les étapes de l'analyse de situation. La Figure 4 présente le cadre de résultats introduit dans la Section I, avec deux cases supplémentaires. Elles sont affichées en gris car il ne s'agit pas de résultats mais de facteurs qui influencent les résultats intermédiaires. Les « stratégies et programmes pour chaque résultat intermédiaire » sont des services et programmes en cours ou prévus qui influencent la démarche utilisée pour atteindre le résultat. Les « facteurs externes » sont des facteurs extérieurs au système de santé qui peuvent aider ou entraver l'effet des stratégies planifiées, des résultats intermédiaires, de l'objectif stratégique et du but. Les facteurs externes peuvent inclure des politiques macroéconomiques, la sécurité alimentaire, la violence politique ou d'autres faits qui échappent au contrôle des gestionnaires de programme ou du Ministère de la Santé. Les informations sur les deux types de facteurs sont des éléments essentiels pour décider si la PEC-C est la stratégie de prestation appropriée dans un environnement particulier, ainsi que pour déterminer la meilleure démarche permettant de mettre en œuvre la PEC-C dans un contexte spécifique. Une analyse de situation doit décrire l'état de la situation de chaque case du cadre de résultats élargi.

FIGURE 4 : CADRE DE RÉSULTATS ÉLARGI AUX STRATÉGIES ET AUX FACTEURS EXTERNES



Idéalement, une analyse de situation pour la PEC-C rassemble des données qui éclairent les problèmes abordés dans chacune des 8 cases du cadre de résultats élargi. Les quatre premières cases (but, objectif stratégique, résultat 1 [environnement social et politique] et résultat 2 [accès]) sont essentielles. Les quatre autres cases (résultat 3 [qualité], résultat 4 [demande], stratégies et facteurs externes) facilitent une bonne compréhension de la situation.

Les quatre premières cases sont indispensables car l'information obtenue peut confirmer

- une forte mortalité due à des maladies traitables à travers la PEC-C,
- un faible utilisation des services de prise en charge,
- un faible accès à la prise en charge et
- un environnement politique favorable.

L'information recueillie à travers les quatre dernières cases peut décrire

- les rôles potentiels de la synergie entre qualité et demande,
- les stratégies en cours et leur état d'avancement pour chaque résultat intermédiaire et
- les facteurs externes majeurs qui peuvent influencer les résultats dans l'immédiat et dans le futur.

Étape 1. Définir le but et les objectifs

Le but et les objectifs d'une analyse de situation dépendront du stade de développement d'un programme et des positions des décideurs à l'égard de la PEC-C. Généralement une analyse de situation vise à répondre à une ou plusieurs des quatre questions ci-dessous. Dans de nombreux contextes les questions sont intimement liées et peuvent être traitées par le même processus d'analyse de situation.

- Démarrage d'une nouvelle initiative PEC-C ou mise en œuvre d'un projet de démonstration ou projet pilote dans des contextes où la politique est favorable. Question : Comment mieux implémenter la PEC-C dans un contexte spécifique ?
- Obtention d'évidences du besoin de la PEC-C dans des contextes où les décideurs sont sceptiques. Question : La PEC-C est-elle une stratégie de prestation de services appropriée pour ce contexte ou pour cette population ?
- Amélioration d'un programme existant. Question : Que faut-il faire pour résoudre des problèmes spécifiques relatifs à la PEC-C en cours ?
- Mise à l'échelle. Question : Comment les avantages d'un projet réussi à petite échelle peuvent-ils être étendus à d'autres bénéficiaires ?

Étape 2. Se familiariser avec les questions critiques dans la planification d'une analyse de situation

Les questions suivantes sont des considérations critiques dans la planification systématique d'une analyse de situation.

Les parties prenantes à impliquer doivent inclure des représentants

- des agences internationales,
- du groupe de travail national sur la PCIME ou des organismes de conseil équivalents spécialisés en santé infantile,
- des ONG,
- des organismes d'aide bilatérale,
- des universités et
- des gouvernements locaux.



Ils peuvent être des partenaires utiles ou des acteurs incontournables. Tous peuvent devenir des défenseurs efficaces (champions) de la PEC-C.

Les participants à l'équipe de terrain peuvent comprendre

- un conseiller technique de haut niveau et écrivain,
- un représentant du Ministère de la Santé (MSP),
- des chercheurs spécialisés dans les méthodes qualitatives et / ou quantitatives,
- des analystes de données,
- des traducteurs,

- des relais communautaires,
- des chauffeurs et
- des logisticiens.

Connaissances nécessaires à l'équipe de terrain

- une bonne connaissance du MSP, des donateurs bilatéraux, des agences internationales et des ONG internationales et locales
- une compréhension de la culture au niveau communautaire et dans le système de santé
- une maîtrise des domaines d'intervention technique (par exemple, la PCIME, le paludisme, la pneumonie, la diarrhée ou la malnutrition) et des stratégies de prestation de services à base communautaire

Les compétences requises pour l'équipe de terrain

- la capacité de parler des langues locales et / ou nationales
- la recherche qualitative
- la recherche quantitative (par exemple, l'expérience des enquêtes de ménages et / ou systèmes d'information de gestion de la santé)
- des compétences rédactionnelles, communicationnelles, des techniques de négociation et de facilitation

Ensemble, les membres d'une équipe solide réuniront toutes les connaissances et les compétences décrites ci-dessus.

Orientation pour l'équipe de terrain. Idéalement, les membres de l'équipe participent à la définition des buts et objectifs de l'analyse de situation. Avant de commencer le travail de terrain, tous les membres de l'équipe ont besoin d'une compréhension de base sur le fonctionnement de la PEC-C.

Sites à visiter. L'équipe devrait prévoir de rendre visite

- au MSP aux niveaux central, provincial et de district pour confirmer que ces parties prenantes sont informés du but de l'analyse de situation ;
- aux formations sanitaires et postes de santé (sites satellites) ;
- aux ASC, y compris les agents de santé existants et les prestataires informels ou du secteur privé ;
- aux pourvoyeurs de soins, aux ménages et aux dirigeants communautaires dans la zone cible (ou les zones cibles) du programme afin de

ASTUCE

Sélectionnez des sites peu performants, les plus performants et « typiques »⁷⁸

Des critères spécifiques pour sélectionner des zones à visiter sur le terrain sont essentiels si on veut obtenir une représentation de la situation « typique ». Des visites aux districts les plus performants peuvent fournir des informations qui ne représentent pas l'ensemble de différents districts. Il est important de voir les meilleures infrastructures, mais des visites à celles qui réussissent moins permettent d'obtenir des informations complémentaires et essentielles.

développer une compréhension approfondie de l'accès, de la qualité, de la demande et de l'utilisation des services du point de vue des ménages et de la communauté.

Considérations éthiques. Bien qu'une analyse de situation ne comporte pas d'essais ou d'expérimentations relatives aux interventions cliniques, thérapeutiques ou biomédicales, elle nécessite des observations de comportements humains, la collecte d'informations, ainsi que l'utilisation de documents existants (les données sur la prestation de services). Les membres de l'équipe devraient consulter des comités institutionnels ou nationaux sur les questions d'éthique et étudier les directives relatives à la conception d'une analyse de situation. Si nécessaire, ils devraient obtenir l'autorisation de l'exécuter.

Espaces de travail. L'équipe aura besoin du bureau d'une ONG, d'un bureau de MSP, d'un hôtel avec des salles de conférence ou d'un autre espace où elle peut effectuer des analyses, rédiger un rapport et préparer des présentations. Il lui faudra aussi un nombre suffisant d'ordinateurs, en particulier si une analyse approfondie des données quantitatives doit être effectuée. La possibilité de projeter des diaporamas des résultats de l'analyse de situation devrait également être envisagée.

Produit(s) de l'analyse de situation. La dissémination des résultats aux parties prenantes est essentielle et, en principe, comprend

- des rapports écrits pour la documentation interne ou pour répondre aux conditions des bailleurs de fonds,
- des ateliers, séminaires et réunions et
- des plans d'action ou propositions pour une évaluation supplémentaire, la programmation, ou des changements de politique.

ASTUCE

Suivre la planification du calendrier des événements importants ⁷⁸

Suivre la planification du calendrier de certains événements importants permet à l'équipe d'éviter les activités conflictuelles et de profiter des activités prévues. Par exemple, une réunion régulière de tous les cadres régionaux de la santé et du MSP est l'occasion d'informer et d'apprendre des parties prenantes.

L'Étape 6 ci-dessous fournit plus de détails sur la dissémination.

Temps nécessaire. On estime le temps nécessaire en prenant comme point de départ la date d'échéance puis en reculant progressivement dans l'ordre chronologique. Par exemple, il faut se poser les questions suivantes.

- Quand faut-il rendre les conclusions, les données finales, le premier brouillon du rapport, l'analyse des données ou la majorité des données ?
- Quand l'équipe sera-t-elle dans le pays ? Sur le terrain ? Pour combien de temps ? Cela dépendra du nombre de sites visités, de la distance et de la facilité d'accès en voiture

ou autre moyen de transport. Le travail sur le terrain nécessite généralement deux à trois semaines, en fonction de la portée de l'analyse de situation.

Ressources nécessaires et / ou disponibles. Une analyse de situation nécessite des ressources humaines, financières et matérielles qui peuvent varier considérablement d'un contexte à l'autre. En principe, un budget comprend

- des matériaux et fournitures, y compris les photocopies ;
- des équipements pour le travail d'équipe et les activités de dissémination ;
- le transport et le per diem et
- l'impression et la distribution de produits d'analyse de situation.

Selon la politique nationale, les normes des bailleurs de fonds et en fonction des négociations concernant les horaires des individus qui ne font pas partie du personnel des institutions subventionnées, les salaires et / ou des honoraires peuvent être inclus, par exemple, pour les secrétaires, chauffeurs, etc.

Les coûts réels dépendent de l'économie locale, du nombre de membres de l'équipe, de la durée du travail de terrain, du nombre de sites à visiter et de la nature des activités de dissémination.

Étape 3. Définir la portée de l'analyse de situation : analyse de base, intermédiaire ou globale

Une bonne connaissance des activités de planification constitue la base pour prendre des décisions sur la portée ou le type d'analyse de situation la mieux adaptée à la situation spécifique. Une analyse de situation peut varier d'une analyse de base à une analyse globale en fonction de nombreux facteurs, y compris le public visé, l'objet (ou les objets) et les ressources nécessaires et disponibles. Le Tableau 2 résume les trois types d'analyse.

TABLEAU 2 : TYPES D'ANALYSES DE SITUATION

	DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
Public	Gestionnaires de projet des ONG et partenaires du MSP au niveau du district	MSP et ONG partenaires des ONG, éventuellement partenaires universitaires (au niveau du district ou de la région)	MSP et partenaires au niveau national

	DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
Buts illustratifs (questions)	<ul style="list-style-type: none"> Un projet PEC-C pilote est-il utile et réalisable dans le cadre de la zone d'impact ? Peut-on convaincre le MSP de tester la PEC-C à petite échelle ? Pourquoi un programme existant ne parvient-il pas à atteindre un résultat intermédiaire et qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer le programme ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les effets potentiels de la PEC-C dans ce contexte ? (Par exemple, les changements dans la mortalité, l'utilisation des services, l'accès, la qualité, la demande, etc.) Comment mieux concevoir la PEC-C ? 	<ul style="list-style-type: none"> La PEC-C devrait-elle être une politique nationale ? Si oui, dans quelles zones géographiques ?
Besoin de ressources	Faible	Modeste	Modeste à élevé

D'autres considérations dans la prise de décision sur la portée incluent les suivantes.

- Quels sont les maladies ou les problèmes à examiner ? (Est-ce un nouveau programme intégré prenant en compte deux, trois ou plusieurs maladies ? ou s'agit-il d'une intervention ajoutée à une initiative PEC-C existante ?)
- Quels groupes d'âge sont les plus vulnérables aux maladies ?
- Combien de membres aura l'équipe ?
- Combien de sites va-t-on visiter et quels sont les critères de leur sélection ?
- Quel est le rapport entre le nombre de membres de l'équipe et le nombre de véhicules disponibles ?
- Quel niveau de détail est requis dans les données recueillies ?
- Quel degré de confiance est requis pour les conclusions, l'analyse et l'interprétation ?

Enfin, le niveau des ressources disponibles a également un impact sur le type d'analyse de situation. Les ressources, à leur tour, sont déterminées par l'entité qui lance l'analyse de situation et par la nature de la décision à prendre sur la PEC-C (par exemple, projet pilote, mise en œuvre nationale ou quelque chose entre les deux). Parmi les feuilles de travail dans la boîte à outils à la fin de cette section se trouve un aperçu des besoins en données illustratives pour chacune des 8 cases pour les trois types d'analyses de situation.

Une analyse de situation de base peut être adéquate dans certaines circonstances. Parfois, une analyse de situation doit être simple et peu coûteuse, surtout lorsque les ressources sont limitées. Une évaluation de base au niveau du

district ou régional pourrait impliquer les gestionnaires de programme des ONG et leurs homologues du MSP au niveau du district et chercher à déterminer si un projet pilote PEC-C serait approprié sur une zone géographique limitée. Cette approche peut suffire pourvu que le faible accès soit dû à des stratégies défectueuses ou inexistantes pour atteindre les personnes les plus vulnérables et non pas à de bonnes stratégies mal ou partiellement mises en œuvre. (Une analyse de situation sera peut-être nécessaire pour arriver à ces conclusions.) Un scénario commun remplissant ces critères se produit dans un domaine d'activité d'une ONG lorsque ses partenaires qui réalisent le projet ont une connaissance approfondie de leur domaine à impact relativement petit ainsi que le pouvoir de réviser ou d'augmenter leur(s) budget(s) pour financer une nouvelle stratégie.

Les questions suivantes, guidées par le cadre de résultats, sont typiques pour une analyse de situation de base.

- Le taux de mortalité justifie-t-il la prise en compte possible de la PEC-C ?
- L'utilisation actuelle des services de prise en charge est-elle faible ?
- Si c'est le cas, quelles sont les contraintes responsables de cette faible utilisation ?
- Les services de prise en charge se trouvent-ils trop loin de la communauté pour être considérés comme accessibles par ses membres ?
- Si c'est le cas, le fait de rapprocher les services plus près de la communauté va-t-il augmenter l'utilisation de manière significative ?
- Les gens sont-ils préoccupés par la qualité des services de prise en charge actuels ?
- Les familles savent-elles quand et où se faire soigner ?
- Quel problème devrait être traité en premier ?
- Quelle est la meilleure stratégie : la PEC-C, une autre stratégie qui permettrait de renforcer l'utilisation des services existants, ou les deux ?

Beaucoup de pays choisissent une analyse de situation intermédiaire. Dans ce cas, un gestionnaire d'une ONG ou d'un district conduit l'analyse de situation, qui met l'accent sur l'identification des besoins et des stratégies pour un projet pilote en PEC-C. Parmi les participants se trouvent des représentants du MSP au niveau national qui pourraient devenir défenseurs ou champions de la PEC-C.

Une analyse de situation globale demande du leadership au niveau national et une collecte de données élargie. Une analyse de situation peut également avoir pour objectif de produire des données afin de convaincre les dirigeants nationaux d'investir dans la PEC-C, de persuader les institutions externes d'accorder un financement ou une autorisation et / ou de planifier la programmation à grande échelle. Une telle évaluation plus complète aura éventuellement besoin du leadership du MSP au niveau national et la participation des représentants des organismes donateurs. Elle exigera peut-être également une collecte de données élargie afin de caractériser les variations régionales dans les lacunes de prestation de services.

Élaborer un plan de travail sur le terrain et de dissémination. Le plan devrait décrire en détail les questions critiques énoncées dans l'Étape 2 ainsi que les activités proposées dans les Étapes 4 à 8.

Étape 4. Examiner les données existantes et collecter de nouvelles informations pour chaque élément du cadre de résultats élargi

Le cadre de résultats présenté ci-dessus illustre quelles informations il faut collecter pour l'analyse de situation.

Procéder à une revue documentaire des statistiques publiées, des articles évalués par les pairs et des rapports non publiés (« littérature grise »).

Indépendamment de la portée de l'analyse de situation, une revue documentaire des données disponibles permet d'affiner les questions auxquelles il faudra répondre pendant le travail de terrain, gagnant ainsi du temps précieux. Une revue documentaire apporte des données relatives au but (mortalité des moins de 5 ans), dont les taux de mortalité, les variations par région, les tendances au fil du temps et les causes de décès. Elle permettra également d'identifier des données sur l'objectif stratégique et les nombreux facteurs influant sur les résultats intermédiaires—dès les pratiques qui affectent le recours aux soins jusqu'aux nouvelles approches pour améliorer la formation des ASC. Une revue documentaire comprend normalement les sources suivantes.

- les enquêtes démographiques et de santé, qui comprennent maintenant les quintiles de richesse pour l'analyse de sous-groupes
- *l'Atlas mondial des maladies infectieuses*
- *La situation des enfants dans le monde* (UNICEF)
- les rapports de Compte à rebours 2015
- les rapports de la Banque Mondiale
- les statistiques des services de routine du MSP
- des cartes de pauvreté
- la « littérature grise », tels que les rapports des ONG et d'autres documents spécifiques au pays
- des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (UNICEF)
- la série d'articles du *Lancet* sur la survie de l'enfant (2003), particulièrement sur les profils épidémiologiques
- INDEPTH, une ONG internationale qui comprend 37 sites de systèmes de surveillance démographique et sanitaire dans 19 pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique centrale et d'Océanie

ASTUCE

Commencez la revue documentaire tôt ⁷⁸

L'équipe a besoin d'utiliser les informations issues de la revue documentaire pour la planification et pour l'analyse des données. Une revue documentaire peut nécessiter un travail important, ainsi qu'une personne expérimentée qui a le temps et les moyens de communication essentiels à sa réalisation.

- une recherche PubMed d'informations épidémiologiques et qualitatives sur les maladies cibles, le recours aux soins et l'accès aux services dans le pays ou la région en question
- des données des ONG

Choisir les méthodes de collecte de données en fonction de la portée de l'analyse de situation et de la nature de la question.

Les analyses de situation de base et intermédiaires collectent des statistiques des services de santé aux niveaux national / sous-national, ainsi qu'aux niveaux du district et des formations. Elles collectent également des données originelles à travers des approches qualitatives telles que l'observation, les groupes de discussion et les entretiens approfondis avec des agents de santé, les membres de la communauté et les pourvoyeurs de soins d'enfants. Les évaluations globales pourraient également inclure des enquêtes de ménages. Le choix des méthodes de collecte de données dépend également des compétences des membres de l'équipe dans la gestion et l'analyse des données quantitatives et qualitatives. La boîte à outils à la fin de cette section cite plusieurs ressources sur la collecte de données qualitatives et quantitatives et l'analyse ainsi que des outils pour l'échantillonnage, la recherche formative et la collecte de données.

Planifier la façon de décrire l'état des questions dans chaque case du cadre de résultats. Les listes ci-dessous dénotent les grandes questions à explorer pour chacune des cases du cadre élargi. La boîte à outils contient des versions plus détaillées de ces listes (feuilles de travail) pour la conception ou l'adaptation des outils de collecte de données.

But : réduire la mortalité d'enfants de moins de 5 ans

L'équipe devrait collecter et examiner les données sur les taux, les chiffres et les tendances de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans dans le pays ou dans le contexte du programme, y compris les données suivantes, si elles sont disponibles.

- le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- le taux de mortalité infantile
- la variation régionale et urbaine / rurale dans les taux de mortalité
- les tendances de la mortalité au fil du temps
- la proportion des décès survenus à domicile ou dans la communauté
- la répartition des causes de décès, selon l'âge et d'autres caractéristiques démographiques, si possible

ASTUCE

Limitez les questions de l'entretien à un strict minimum ⁷⁸

Des entretiens approfondis qui dépassent une heure fatigueront à la fois l'enquête et l'enquêteur. L'équipe peut l'éviter en limitant les données recueillies à l'essentiel, plutôt qu'à des informations « bonnes à savoir ».

Objectif stratégique : augmentation du recours aux interventions destinées à sauver des vies

L'ensemble ou une partie des informations suivantes peut être collecté pour élaborer une description complète de la prestation de services et de l'utilisation des services pour les maladies cibles.

- les niveaux d'utilisation des services et les taux pour les maladies ou syndromes étudiés, idéalement pour 12 mois
- le nombre de cas attendus dans la population pour les maladies étudiées
- les définitions des cas, y compris la classification, le diagnostic et le(s) symptôme(s) dont le patient se plaint
- la saisonnalité (utile pour l'interprétation des tendances dans les statistiques de service)
- d'autres indicateurs généraux de recours aux services, par exemple, la vaccination contre la rougeole, consultations prénatales, etc.
- la qualité, l'exhaustivité et la fiabilité des systèmes de gestion de l'information sanitaire

Diverses sources fournissent des informations sur l'utilisation des services.

Les principales sources de données existantes sont

- les enquêtes nationales ;
- les données d'enquêtes du MSP ou des ONG ;
- les études déjà publiées et
- les statistiques des services à partir des dossiers de sensibilisation, des centres de santé et des hôpitaux dans la zone cible, généralement regroupées par district (voir les feuilles de travail « Recherche en cours » et « Recherche achevée » dans la boîte à outils)

Obtenir certaines informations, comme les tendances du recours aux soins dans les formations sanitaires officielles, peut nécessiter la collecte de données originales à travers une revue des dossiers au niveau de la formation ou du district.

Résultat intermédiaire : création d'un environnement social et politique favorable

Une analyse de situation porte sur l'étude des facteurs qui peuvent faciliter ou entraver la création d'un environnement favorable à la PEC-C au niveau national, du district et de la communauté.

National

- les politiques qui autorisent la PEC-C (utilisation des antipaludiques, des antibiotiques, du zinc, des tests de diagnostic rapide, etc., par les ASC)
- l'expérience avec la PEC-C : projet pilote ou site expérimental
- les opportunités pour « tester » ou piloter la PEC-C
- le plaidoyer politique et champions de la PEC-C (voir la feuille de travail « Champions et experts » dans la boîte à outils)

- les politiques qui soutiennent ou encouragent la participation communautaire dans le système de santé
- les médicaments essentiels : liste des sociétés pharmaceutiques nationales et internationales produisant des médicaments de la PEC-C
- les partenaires potentiels : ONG, institutions de recherche, services du MSP, etc. (voir la feuille de travail « Partenaires potentiels » dans la boîte à outils)

District

- les systèmes ou structures de relais entre les formations sanitaires et les communautés qu'ils desservent

Communauté

- les caractéristiques de la communauté
- la participation communautaire en matière de santé
- la disponibilité et utilisation de la carte mère / enfant, plans de naissance et outils similaires à domicile

À tous les niveaux

- la présence d'infrastructures pour la PCIME
- les stratégies et activités en cours et prévues pour favoriser un environnement favorable à la PEC-C
- les facteurs externes (ceux qui échappent au contrôle d'un gestionnaire de projet)
- les possibilités pour la viabilité
- la préparation pour la mise à l'échelle ou l'expansion

La plupart de ces données peuvent être collectées à travers des entretiens à chaque niveau.

Résultat intermédiaire : amélioration de l'accès aux interventions destinées à sauver des vies

Les facteurs à explorer qui affectent l'accès sont les suivants :

- le pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5 kilomètres (ou d'autres définitions acceptées localement) d'une formation sanitaire officiellement agréée ou reconnue qui offre une bonne prise en charge en utilisant la PCIME ou d'autres politiques nationales (les vendeurs privés de médicaments, les injectionnistes communautaires et autres prestataires informels ne sont pas repris sous cette rubrique) ;
- les sources actuelles de soins : les principaux prestataires de services, les rôles des secteurs privé et informel (vendeurs privés de médicaments, etc.) et des guérisseurs traditionnels dans les soins des maladies cibles ;
- les obstacles à l'accès, qu'ils soient temporels, géographiques, économiques ou culturels ;

- le noyau existant des ASC : leur rôle actuelle et potentielle en vue d'offrir des interventions PEC-C (la feuille de travail « Qui fait quoi ? » dans la boîte à outils propose des critères de classification des ASC) ;
- la faisabilité d'une PEC-C intégrée : le nombre d'interventions à inclure dans le paquet d'activités ;
- le rôle potentiel des prestataires du secteur privé ;
- l'accès aux médicaments et matériel essentiels pour la PEC-C ;
- les systèmes de référence ;
- les relations entre le MSP et les ONG : l'existence d'une association ou réseau ONG qui en chapeaute d'autres et
- des stratégies et activités en cours et prévues pour améliorer l'accès.

Les sources de données pour décrire l'accès comprennent

- des données cartographiques indiquant les villages ou les communautés et l'emplacement des formations sanitaires dans un rayon donné (souvent 5 kilomètres) ;
- les enquêtes démographiques et sanitaires et enquêtes de ménages similaires ;
- les approches qualitatives, telles que des entretiens avec les personnes clés, les groupes de discussion avec et visites à domicile chez des pourvoyeurs de soins pour faciliter la compréhension sur l'accès et les obstacles au recours aux soins ;
- la revue des listes de médicaments et des données sur les ruptures de stock de la pharmacie du district et des centres de santé et
- la revue de la documentation sur des stratégies et programmes existants en matière de la santé des enfants et la santé primaire.

Résultat intermédiaire : amélioration, démonstration ou assurance de la qualité des services

Une analyse de situation examine les problématiques qui touchent à la qualité, à la fois réelle et perçue. Il s'agit notamment de

- l'existence de protocoles nationaux pour la prise en charge standard des maladies spécifiques à la PEC-C ;
- la fourniture d'un traitement conforme aux protocoles de la prise en charge standard ;
- la qualité perçue des soins dans les formations et par les prestataires communautaires, en général et pour les maladies traitables dans le cadre de la PEC-C ;
- les systèmes de supervision : les méthodes d'évaluation de la qualité, la fréquence, le nombre d'agents par superviseur, etc. ;
- la formation : la fréquence, les contenus, les méthodologies ;
- le rôle de la communauté et de la structure de gestion communautaire dans l'assurance de la qualité ;
- le suivi et l'évaluation de la qualité : les systèmes d'information et
- les stratégies et activités, en cours et prévues, pour améliorer la qualité.

Les sources de données comprennent

- les protocoles de prise en charge ;
- les évaluations des formations sanitaires menées par le MSP, les ONG, les agences internationales ou d'autres organismes ;
- les entretiens de sortie avec les clients des formations sanitaires ;
- les entretiens avec des gestionnaires et prestataires des formations ;
- des groupes de discussion avec les pourvoyeurs de soins d'enfants ;
- la revue des programmes de formation, des manuels, matériel de propagande et méthodes, des critères et procédures de certification ;
- les enquêtes de ménages et
- la revue de la documentation sur les stratégies et programmes de santé primaire et de santé des enfants.

Résultat intermédiaire : augmentation de la demande de services et de comportements

La plupart des facteurs qui affectent la demande de services surviennent au niveau des ménages et de la communauté. Ce sont les facteurs suivants :

- la reconnaissance de maladie par les pourvoyeurs de soins d'enfants ;
- les pratiques de traitement à la maison ;
- le recours aux soins en dehors du foyer ;
- la bonne administration de traitements et / ou recours à la référence et
- les stratégies et activités, en cours et prévues, pour augmenter la demande.

Les sources de données comprennent

- les études qualitatives,
- la revue des dossiers des formations sanitaires et / ou des ASC,
- des entretiens avec des gestionnaires et des prestataires des formations sanitaires,
- des groupes de discussion avec les pourvoyeurs de soins d'enfants,
- les enquêtes de ménages et
- la revue de la documentation existante sur la santé des enfants et des stratégies de santé primaires et des programmes.

Facteurs externes

Les équipes n'ont pas toujours le temps, les ressources ou la capacité d'évaluer de façon exhaustive l'impact possible des facteurs externes sur une initiative PEC-C proposée. Néanmoins, certains facteurs sont très évidents. Lorsque des décisions politiques au niveau national ou le développement de la PEC-C à grande échelle sont à l'étude, il est essentiel d'évaluer les problématiques susceptibles d'affecter la viabilité et la capacité d'atteindre des populations plus importantes avec la PEC-C.

Parmi les facteurs possibles se trouvent

- l'instabilité politique,
- les élections à venir et les changements administratifs,
- le sectarisme ethnique et
- des catastrophes naturelles récentes.

Les facteurs externes favorables peuvent comprendre des programmes spécifiques à certaines maladies et des mandats financés qui pourraient aider à soutenir la PEC-C, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose ; l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA.

Étape 5. Analyser et interpréter les données

L'analyse et l'interprétation sont deux étapes différentes après (ou au cours de) la collecte des données. Pour les données quantitatives, l'analyse consiste à réunir les données pour montrer les résultats globaux. L'interprétation consiste à définir ce que ces résultats signifient ou leurs implications pour la programmation. L'Encadré 10 donne des exemples d'analyse et d'interprétation des données quantitatives. L'analyse et l'interprétation des données qualitatives sont souvent plus itératives, c'est-à-dire que les informations qui émergent du travail sur le terrain peuvent alimenter la collecte de données supplémentaires. L'interprétation de l'ensemble des données met l'accent sur l'identification des lacunes dans la couverture, la prestation et l'utilisation des services. La feuille de travail « Lacunes et grandes lignes des données » dans la boîte à outils facilite l'organisation de données et partant l'élaboration des messages clairs et concis pour la communication aux décideurs et aux planificateurs de programmes.

ENCADRÉ 10 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES QUANTITATIVES

L'équipe d'analyse de situation a collecté des données sur la mortalité infantile dans le district X et a procédé à leur analyse selon les étapes formulées ci-dessous.

- Agrégation des données des formations sanitaires sur les enfants ayant la « fièvre » ou qui ont été diagnostiqués avec le paludisme.
- Estimation des données manquantes et leur intégration à l'ensemble de données.
- Division de ce nouveau total par les taux présumés d'incidence de la fièvre pour estimer le niveau de recours aux soins en cas de « fièvre ».
- Stratification (sous-analyse) du niveau de recours aux soins par facteurs importants, tels que la gravité, le sexe, la saison et l'accès géographique.

Pour interpréter les données, l'équipe

- compare le nombre total de recours aux soins dans le district X avec l'indicateur national et conclut que le recours aux soins dans le district X est faible ;
- compare le nombre de recours aux soins dans le district X par sexe et conclut qu'il n'y a pas de préférence pour l'un des deux sexes dans le recours aux soins ;
- compare le nombre de recours aux soins dans le district X par accès géographique et conclut que pratiquement aucune famille des sous-districts A, C et F ne se fait soigner après la saison des pluies, lorsque la « fièvre » atteint un pic ;

- examine la relation entre ces résultats et d'autres données collectées : les communautés de ces zones voient d'un bon œil les services existants, les pourvoyeurs de soins sont dans l'ensemble bien informés sur les signes de danger chez l'enfant, mais les routes sont difficilement praticables pendant la saison des pluies et
- conclut que dans des parties importantes du district X il y a un faible recours aux soins pour la fièvre (qui est due probablement en grande partie au paludisme).

Analyser et interpréter les données d'une manière participative. Bien qu'un membre de l'équipe puisse être chargé d'effectuer une analyse quantitative, l'interprétation des données, en particulier des informations qualitatives ou narratives, engage tous les membres de l'équipe.

Étape 6. Disséminer les résultats

La dissémination des résultats implique l'utilisation d'une multitude de canaux adaptées à une grande variété d'interlocuteurs. Le produit final de l'analyse de situation peut contenir un ou plusieurs des éléments suivants.

- un rapport informel pour le partage interne
- un rapport externe pour le Ministère de la Santé
- un résumé concis pour une proposition
- une présentation détaillée pour un public technique
- une brève présentation pour les agents de santé du district
- un manuscrit pour la publication

Deux des formats les plus courants sont :

Le rapport écrit. Souvent, une version est rédigée dans la langue nationale à des fins de présentation et de plaidoyer. Ce document est traduit ou modifié pour répondre aux exigences de bailleurs de fonds et / ou aux besoins de documentation du siège d'une ONG internationale.

La présentation et la discussion. Il est recommandé d'organiser une présentation plus ou moins formelle et une discussion avec l'équipe de gestion sanitaire du district dans la région où le travail de terrain a été effectué. Si la portée et la visibilité de l'analyse de situation sont suffisamment grandes, il serait également utile d'organiser un atelier au niveau national avec la participation de parties prenantes influentes. L'atelier pourrait inclure la présentation et discussion des principaux résultats et leur « validation » par un groupe de conseillers techniques et décideurs.

Étape 7. Intégrer le feedback des parties prenantes

Le feedback des parties prenantes peut être tiré de la revue formelle du rapport d'analyse de situation, et plus souvent par des canaux informels tels que les

discussions lors de la réunion de dissémination. Si possible, l'équipe intègre le feedback des parties prenantes dans la version finale du document écrit. Obtenir un soutien formel des parties prenantes à ce stade peut également faciliter le décollage d'un projet pilote ou, plus tard, contribuer à rendre le plaidoyer sur la politique plus efficace.

Étape 8. Préparer un plan d'action en réponse aux conclusions

L'élaboration d'un plan d'action suit la dissémination auprès des parties prenantes, y compris le Ministère de la Santé et d'autres partenaires dans les districts où le travail de terrain a été mené. Les plans d'action peuvent compter une ou plusieurs composantes. La responsabilité de l'élaboration du plan d'action dépend de la portée de l'évaluation, de la volonté politique, de l'intérêt à divers niveaux et de l'investissement requis de parties prenantes spécifiques. Par exemple, un gestionnaire d'ONG et son homologue au niveau du district, qui voudraient tous les deux piloter la PEC-C, pourraient élaborer une proposition de projet et des messages de plaidoyer pour le MSP afin d'obtenir l'autorisation d'effectuer des essais sur une zone géographique limitée. Normalement, le Ministère de la Santé gère des plans d'action à plus grande échelle, impliquant des changements de politiques, des projets pilotes dans les districts multiples ou d'importants investissements du secteur public.

Action ou réponses possibles à l'analyse de situation. Les résultats de l'analyse de situation avec le feedback des parties prenantes peuvent inciter à une ou plusieurs des actions suivantes.

Évaluations additionnelles : Les évaluations supplémentaires de la communauté et des formations sanitaires, en partenariat avec les parties prenantes nationales, peuvent produire une meilleure interprétation de la situation. Le principal résultat est une décision définitive concernant si et dans quelles zones la PEC-C est une stratégie appropriée, et s'il faut donc ébaucher une conception du programme. Les résultats secondaires consistent à obtenir des données plus détaillées pour encourager les partenaires nationaux et internationaux à investir dans la stratégie et à renforcer ses capacités.

Projet pilote PEC-C : Un projet pilote ou de démonstration en partenariat avec le Ministère de la Santé peut tester la faisabilité de la PEC-C dans un sous-district inaccessible. Le résultat est un modèle démontrant comment fournir une PEC-C de qualité et augmenter l'utilisation des interventions curatives dans le contexte local. D'autres résultats sont des outils et procédures localement pertinentes (matériels provisoires de formation, outils de travail, registres, etc.)

Consultation technique : La présentation des résultats de l'analyse de situation lors d'une réunion d'un groupe national de concertation technique incluant les parties prenantes et les donateurs potentiels peut générer un consensus sur la nécessité de la PEC-C et une première ébauche de la démarche à suivre afin d'obtenir des ressources nécessaires.

Recherche opérationnelle : Réalisée en partenariat avec des universités ou institutions de recherche nationales et / ou internationales, la recherche opérationnelle peut être conçue pour évaluer des questions précises sur la PEC-C, par exemple, le rapport coût-efficacité de certains éléments ou la meilleure façon d'impliquer le secteur privé dans la prestation d'une PEC-C intégrée. La recherche opérationnelle fournit des évidences spécifiques à chaque pays (et peut-être pertinentes au niveau mondial) pour éclairer les stratégies politiques et les investissements. Elle améliore également les capacités de recherche nationales.

Intégration de nouvelles interventions ou des activités existantes à la PEC-C :

Une PEC-C existante qui ne porte que sur une ou deux maladies peut intégrer une intervention supplémentaire destinée à sauver des vies, par exemple, le traitement de la diarrhée avec du zinc dans un programme contre la pneumonie et le paludisme. Une analyse de situation d'une « problématique spécifique » qui explore les causes sous-jacentes de lacunes dans les programmes existants se traduit généralement par la conception de nouvelles activités ou l'amélioration des activités en cours. Par exemple, si les pourvoyeurs de soins n'administrent pas correctement des médicaments antipaludiques, un programme peut organiser un stage de perfectionnement pour les ASC et élaborer de nouveaux supports pour aider les mères à se rappeler des instructions de dosage.

Mise à l'échelle : La réussite d'une PEC-C à petite échelle peut servir de modèle (centre d'excellence ou site de démonstration) pour la réplique dans d'autres districts. Cela permet d'augmenter progressivement l'échelle de la PEC-C et le nombre de militants locaux et de personnes pouvant fournir de l'appui technique.

Évaluation des avantages et des inconvénients d'actions possibles. Selon l'objectif de l'analyse de situation, un ou plusieurs des actions ci-dessus pourraient être possibles dans un contexte spécifique. Caractériser chaque choix en fonction de ses avantages et ses inconvénients, par rapport aux facteurs internes (partenaires potentiels) et externes (conditions environnementales), aide à déterminer le choix le plus réaliste et prometteur. Le Tableau 3 illustre certains de ces facteurs appliqués au choix d'un projet pilote PEC-C.

TABLEAU 3 : ILLUSTRATION DES AVANTAGES ET DES INCONVÉNIENTS D'UN PROJET PILOTE DE PEC-C DANS LE DISTRICT X

	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Externes	<ul style="list-style-type: none"> • Site à mortalité et mortalité proportionnelle élevées à cause de maladies qu'on peut soigner dans le cadre de la PEC-C • Expérience du MSP avec des éléments de la PEC-C grâce à des programmes verticaux (i.e., des ASC qui ont reçu une formation dans le traitement du paludisme) • Deux bailleurs bilatéraux intéressés par l'approche 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques du MSP extrêmement réticentes à permettre aux ASC de prescrire et distribuer des antibiotiques • Infection au VIH / SIDA répandue, compliquant l'approche syndromique de la PEC-C • Deux ou trois opposants à l'approche influents • Zones probables d'essai de l'approche très reculées ; coût d'y travailler élevé, au moins 12 US\$ par bénéficiaire par an
Internes	<ul style="list-style-type: none"> • Chef de service de santé du district (Dr. X) favorable à l'approche • ONG internationale impliquée sur le terrain, avec de la capacité technique et de l'expérience • Partenaire universitaire (Dr. Y) enthousiaste 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. X et Dr. Y à l'étranger pendant les prochains 18 mois • ONG quitte la zone d'impact actuel dans 14 mois

Prioriser les options. La responsabilité de choisir parmi les options stratégiques appartient à l'audience ciblée ou aux décideurs. Le plus souvent, une ou plusieurs de ces personnes influentes sont membres de l'équipe d'analyse de situation. Même si des décideurs influents ne participent pas à l'analyse, l'équipe peut exercer une influence sur le choix des options en les priorisant. La priorisation consiste à comparer les options en fonction des paramètres importants, leur attribuer une note pour chaque paramètre, additionner les résultats et les classer en conséquence. Les paramètres principaux classiques concernent le coût, l'appui politique et le soutien des bailleurs de fonds, les résultats probables favorables pour la santé, la modulabilité, la durabilité, la faisabilité opérationnelle, la rapidité, etc. Les équipes choisissent leurs propres critères, en fonction de l'objectif de l'analyse. Le Tableau 4 donne un exemple des résultats d'un exercice de priorisation de trois options possibles.

TABLEAU 4 : EXEMPLE D'UNE MATRICE DE PRIORISATION

Classez chaque élément : 1 = faible, 2 = moyen, 3 = élevé

OPTION	CRITERIA						TOTAL
	FORCE DES PARTENAIRES	SOUTIEN POLITIQUE	APPUI FINANCIER	EFFET DE LA POLITIQUE	EFFET DU PROGRAMME	ETC.	
A : Projet pilote de deux interventions	2	2	2	2	2		10
B : Projet pilote de PEC-C intégrant la pneumonie, le paludisme et la diarrhée	1	3	1	3	3		11
C : Consultation technique	3	2	1	1	1		8

La première matrice de priorisation aidera à clarifier la réflexion. Après avoir attribué une note, décompté et classé les options, l'équipe doit apprécier le classement. Si les résultats sont surprenants, cela peut signifier que le système initial de classement avait des défauts. Dans l'exemple ci-dessus, l'option stratégique B a le résultat le plus élevé, suivi de près par l'option A. Toutefois, il est possible de remettre en question la décision de choisir l'option B, étant donné le faible niveau du soutien financier critique et des capacités institutionnelles pour la réaliser. Dans ce cas, l'équipe peut placer plus haut certains facteurs ou seulement envisager des options qui répondent à certaines conditions.



ENCADRÉ 11 : D'AUTRES CONSEILS PRATIQUES POUR LES ÉQUIPES D'ANALYSE DE SITUATION ⁷⁹

1. Pensez aux finalités, du moins en général. Soyez capable d'expliquer brièvement le but de l'analyse de situation, la question centrale, la décision à prendre et les conséquences probables de la décision. Les tableaux factices (tableaux vides avec les colonnes et rangées titrés) clarifient la réflexion sur la meilleure façon d'organiser les données.
2. Préparez pour les parties prenantes des paquets d'informations. Insérez dans ces paquets des tableaux préliminaires d'indicateurs, des tableaux factices, un document court de réflexion sur la PEC-C dans la langue nationale et des copies d'un ou deux documents techniques.
3. Préparez-vous bien aux debriefings après la collecte de données avec les parties prenantes, y compris l'institution de parrainage et les bailleurs ou partenaires potentiels. Préparez des présentations organisées et concises (1 à 2 pages avec 10 à 15 diapositives), en utilisant PowerPoint ou un autre logiciel. Insérez-y des photos prises lors des visites sur le terrain pour illustrer les lacunes et les opportunités et pour susciter l'intérêt et ajouter de la couleur et une dimension humaine. Décidez au préalable qui joue quel rôle dans ces réunions importantes.
4. Rappelez-vous qu'en général des debriefings marquent la fin formelle des visites sur le terrain mais non pas la dernière étape conceptuelle. Au contraire, le feedback des séances d'information peuvent mettre en évidence des erreurs, des lacunes d'informations entrées ou des ressources inexploitées qui doivent être explorées.
5. Pesez les avantages et les inconvénients des grandes équipes. Les équipes nombreuses sont difficiles à gérer, surtout en ce qui concerne les compétences, intérêts et compétences linguistiques des différents membres ; le nombre d'interprètes et le nombre de véhicules. Évitez d'avoir plus de deux ou trois personnes au même exercice de collecte des données (l'entretien, par exemple, ou l'examen des dossiers). Parfois, moins il y a d'intervenants, mieux est la qualité. Cela s'explique, peut-être, par les faits que les rôles sont clairs et qu'on est moins susceptible de présumer que quelqu'un d'autre prend les notes.
6. Assurez-vous que les membres de l'équipe connaissent des aspects importants de la culture locale, en particulier lors de visites dans les communautés, notamment, comment saluer, s'asseoir, s'il faut / ne faut pas enlever les chaussures dans une maison, accepter des rafraîchissements, toucher les enfants, prendre des photos, etc.
7. Faites des efforts pour organiser des regroupements vers la fin d'après-midi ou le soir pour informer tous les membres de l'équipe sur les contributions, pour clarifier la compréhension et commencer l'analyse préliminaire et l'interprétation. Aidez à résoudre les problèmes que les membres de l'équipe ont pu rencontrer. En s'évaluant, l'interprétation prend parfois des directions inattendues, nécessitant des changements dans les itinéraires sur le terrain.

Boîte à outils : Ressources pour une analyse de situation pour la PEC-C

Guides de recherche

Baume C, Kachur SP. *Improving community case management of childhood malaria : how behavioral research can help*. Washington, DC, Academy for Educational Development / Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 1999.

Haaland A, Molyneux S. *Quality information in field research : training manual on practical communication skills for field researchers and project personnel*. Genève, OMS, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2006.

An inventory of tools to support household and community-based programming for child survival, growth and development. New York, UNICEF, 1999.

Les outils sur les connaissances, les pratiques et la couverture (CPC) :

- instruments d'enquête : Rapid CATCH (*core assessment tool on child health* [outil d'évaluation de base pour la santé des enfants])
- indicateurs
- pratiques d'échantillonnage
- plans pour la tabulation de données
- directives pour la rédaction du rapport d'enquête
- ressources supplémentaires
- *The rapid health facility assessment (R-HFA)*. Child Survival Technical Support (CSTS+) Project, MEASURE Evaluation et CORE Group, 2006.

Scrimshaw NS, Gleason GR, eds. *Rapid assessment procedures : qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. Boston, International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), 1992.

Winch PJ et al. *Qualitative research for improved health programs : a guide to manuals for qualitative and participatory research on child health, nutrition, and reproductive health*. Washington, DC, Department of International Health / Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health for Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development, janvier 2000.

Exemples de rapports d'analyse de situation / d'évaluation

Adeya G et al. *Assessment for the introduction of zinc and the revitalization of diarrhea case management in Madagascar*. Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus), A2Z Micronutrient and Child Blindness Project (A2Z), Helen Keller International (HKI), et BASICS pour USAID, 2006.

- Contient un outil d'évaluation des pays dans les annexes.

A study of referral non-compliance in the ARI strengthening program. JSI Népal, 1997.

Feuilles de travail

FEUILLE DE TRAVAIL : Potentiel d'utilisation / utilisation accrue des services PEC-C

Cet outil vise à examiner les informations qui peuvent apporter une compréhension globale de l'utilisation, actuelle et potentielle, des maladies traitables dans le cadre de la PEC-C. La plupart des données se trouvent dans des documents existants ou peuvent être trouvées en examinant des dossiers au niveau du district ou de la formation sanitaire.

Pour les programmes qui espèrent passer à l'échelle, la feuille de travail énumère également les facteurs contribuant à l'extension de la stratégie PEC-C.

LES DONNÉES RELATIVES À L'UTILISATION, ACTUELLE OU POTENTIELLE, DE LA PEC-C	SOURCE DES DONNÉES
• Les taux d'utilisation des services pour les maladies ou les symptômes d'intérêt	
• Le nombre escompté de cas dans la population	
• Les définitions de cas (y compris la classification, le diagnostic et le[s] symptôme[s] dont le patient se plaint)	
• La saisonnalité (utile pour l'interprétation des tendances statistiques des prestations de service)	
• Autres indicateurs généraux de l'utilisation des services, par exemple, la vaccination contre la rougeole, les consultations prénatales, les taux de sages-femmes qualifiées présentes à l'accouchement, les visites post-partum, etc.	
• La classification de la gravité à tous les niveaux du système de santé	
• La qualité et fiabilité de la gestion des systèmes information sanitaire	
DISPOSITION DE MISE À L'ÉCHELLE OU L'EXTENSION	
• La crédibilité et la force de persuasion des éléments de preuve d'un projet pilote	
• La nécessité d'ajuster / adapter les activités et les stratégies en fonction des résultats	
• La nature et l'ampleur de l'appui / du public de la PEC-C à différents niveaux du système de santé et parmi les parties prenantes : les besoins de sensibilisation	
• La disponibilité des outils et les méthodes pour la mise en œuvre	
• Les capacités pour la supervision	
• Les partenaires potentiels et leurs capacités organisationnelles	
• La disponibilité de l'assistance technique pour soutenir la mise à l'échelle	
• Les sources de l'appui financier pour la mise à l'échelle	

FEUILLE DE TRAVAIL : « Qui fait quoi ? » : Interventions pour la survie de l'enfant par un prestataire communautaire (à titre indicatif)

Cet outil permet d'effectuer la caractérisation systématique des cadres existants d'ASC et éventuellement indiquer les personnes les plus appropriées pour la « mise à niveau » en vue d'assurer des interventions PEC-C.

Les interventions classées par effet global sur la survie de l'enfant ⁷	Sage-femme auxiliaire (SFA) (Formation de 6 mois)	Assistant de surveillance sanitaire / agent de vulgarisation sanitaire (Formation d'un an)	ASC (formation de 30 jours)	Etc.
PRÉVENTION				
Allaitement				
Moustiquaires imprégnées d'insecticide				
Alimentation complémentaire				
Zinc				
Vaccin anti-Hib				
Accouchement sain				
Eau, assainissement, hygiène				
Stéroïdes prénataux				
Vitamine A				
Contrôle de la température des nouveau-nés				
Anti-tétanique				
Névirapine / alimentation artificielle				
Antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes				
Vaccin contre la rougeole				
Traitement présomptif intermittent du paludisme pendant la grossesse				
TRAITEMENT				
Réhydratation thérapeutique orale				
Antibiotiques contre la pneumonie				
Antibiotiques contre la septicémie				
Antipaludiques				

Les interventions classées par effet global sur la survie de l'enfant ⁷	Sage-femme auxiliaire (SFA) (Formation de 6 mois)	Assistant de surveillance sanitaire / agent de vulgarisation sanitaire (Formation d'un an)	ASC (formation de 30 jours)	Etc.
Réanimation du nouveau-né				
Zinc				
Antibiotique contre la dysenterie				
Vitamine A				
ATPE				
AUTRES INITIATIVES				
Invermectine contre l'onchocercose				
Détection et prise en charge des cas, éducation communautaire sur la dracunculose (infection au ver de Guinée)				
Etc.				

FEUILLE DE TRAVAIL : Lacunes et grandes lignes des données *

L'objectif de cet outil est d'inciter l'équipe d'analyse de situation à organiser, expliquer et indiquer les sources de ses arguments.

ÉCARTS	DONNÉES	QUAND ET OÙ	QUI	SOURCE
L'utilisation d'antibiotiques contre la pneumonie chez les enfants est faible				
	Etc.			
L'utilisation d'antibiotiques contre la septicémie néonatale est faible				
	Etc.			
L'utilisation de médicaments anti-paludiques contre le paludisme chez l'enfant est faible				
	Etc.			
Etc.				

* D'après le kit de planification « Saving Newborn Lives-2 », Save the Children

FEUILLE DE TRAVAIL : Champions et experts *

Cet outil sert à répertorier et à caractériser les défenseurs et les sources possibles d'assistance technique.

NOM	AFFILIATION	DOMAINE D'EXPERTISE	ACTIVITÉS RÉALISÉES OU PLANIFIÉES
Etc.			

* D'après le kit de planification « Saving Newborn Lives-2 », Save the Children

FEUILLE DE TRAVAIL : Partenaires potentiels *

Cet outil sert à répertorier et faciliter la comparaison entre les partenaires potentiels.

PARTENAIRE	MANDAT	PRIORITÉS ET OBJECTIFS AU SEIN DE LA PEC-C	ACTIVITÉS DE LA PEC-C ET L'ENVERGURE D'ACTIVITÉS	RESSOURCES ENGAGÉES OU PRÉVUES POUR LA PEC-C	POTENTIEL DE PARTENARIAT
Etc.					

* D'après le kit de planification « Saving Newborn Lives-2 », Save the Children

FEUILLE DE TRAVAIL : Recherche en cours *

Cet outil sert à répertorier et caractériser systématiquement les recherches pertinentes en cours.

TITRE	CHERCHEUR PRINCIPAL / PARTENAIRES	BAILLEUR DE FONDS	QUESTION DE RECHERCHE	DATE D'ACHÈVEMENT	QUE SAURONS-NOUS ? IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES ET PROGRAMMES ? RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ?
Etc.					

* D'après le kit de planification « Saving Newborn Lives-2 », Save the Children

FEUILLE DE TRAVAIL : Recherche achevée *

Cet outil sert à répertorier et caractériser systématiquement les recherches pertinentes achevées.

TITRE	CHERCHEUR PRINCIPAL / PARTENAIRES	BAILLEUR DE FONDS	QUESTION DE RECHERCHE	DURÉE	PRINCIPAUX RÉSULTATS ET IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES ET PROGRAMMES
Etc.					

D'après le kit de planification « Saving Newborn Lives-2 », Save the Children

Exemples d'outils de recherche formative pour la PEC-C ⁸⁰

EVALUATION RAPIDE DES SERVICES DE SANTÉ

Merci de nous accorder votre temps pour discuter avec nous aujourd'hui. Les informations qui nous intéressent concernent les soins des enfants malades dans votre circonscription de travail. Êtes-vous d'accord ? Ça ne vous dérange pas si on prend des notes ?

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Information d'identification	1	Nom de la formation sanitaire	
	2	Type de la formation sanitaire	
	3	Enquêteur	
	4	Date	
	5	Informateur / informatrice	
Personnel	6	Personnel prévu de la formation sanitaire	
	7	Personnel de la formation sanitaire déployé aujourd'hui	
Disponibilité de service	8	Jours de fonctionnement	
	9	Horaires de fonctionnement	
	10	Combien de jours le mois dernier n'y avait-il pas de prestataire de soins dans la formation sanitaire ?	
	11	Les enfants malades peuvent-ils être examinés, si nécessaire, à 2h du matin ?	
	12	Les enfants malades peuvent-ils être examinés le week-end ?	
	13	Combien de villages y a-t-il dans la circonscription de la formation sanitaire ?	
Zone de couverture	14	Quelle est la population de la circonscription ?	
	15	Combien de temps (à pied ou en rames à contre-courant) faut-il aux habitants de la communauté la plus éloignée pour atteindre la formation sanitaire ?	
	16	Combien de villages de la circonscription ont-ils un ASC ou une SFA ?	

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Zone de couverture (suite)	17	Combien de villages de la circonscription ont été visités le mois dernier ?	
	18	Utilisez-vous une fiche de contrôle pour la supervision ?	
Formation et supervision	19	Le prestataire principal de soins pour l'enfant a-t-il reçu une formation l'année dernière ?	
	20	Le prestataire principal de soins pour l'enfant a-t-il reçu une formation en PCIME ? Si oui, quand ?	
	21	Cette formation sanitaire a-t-elle eu une visite de supervision le mois dernier ?	
	22	Ont-ils utilisé une fiche de contrôle pour la supervision ?	
	23	Parmi les données suivantes lesquelles sont enregistrées dans le registre ? (encerclez-les)	1. nom 2. âge 3. première visite ou visite de suivi 4. village 5. diagnostic 6. traitement
Examen des registres	24	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans ont été observés le mois dernier ?	
	25	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans avaient une pneumonie le mois dernier ?	
	26	Ratio de traitement de la pneumonie (observé / attendu)	À calculer ultérieurement :
Inventaire	27	Taux annuel de traitement des enfants malades	À calculer ultérieurement :
	28	Quel est le médicament de première ligne de la pneumonie chez l'enfant ?	
	29	Y a-t-il eu une rupture de stock du médicament de première ligne de la pneumonie chez l'enfant le mois dernier ?	
	30	Quel est le médicament de première ligne contre le paludisme chez les enfants ?	
	31	Y a-t-il eu une rupture de stock du médicament de première ligne contre le paludisme chez l'enfant le mois dernier ?	

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Inventaire (suite)	32	Y a-t-il eu une rupture de stock de SRO le mois dernier ?	
	33	Que faites-vous si vous avez une rupture de stock ?	
	34	Avez-vous un algorithme de prise en charge pour le patient de la PCIME ?	
	35	Avez-vous un thermomètre ?	
	36	Avez-vous un récipient pour mélanger les SRO ?	
	Gestion de cas :	Oralement, « Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les soins d'un bébé malade. Supposons qu'un bébé de 6 mois a une toux et une respiration difficile. Que feriez-vous ? ... Autre chose ? ... Rien d'autre ? » (Cocher au choix chacune des trois questions mentionnées. Faites attention de ne pas « souffler » de réponses à l'informateur / informatrice.)	
37		<i>Spontané</i> : Vérifier s'il y a des signes de danger ?	
38		<i>Spontané</i> : Vérifier si la respiration est rapide ?	
39		<i>Spontané</i> : Vérifier s'il y a un tirage sous-costal ?	
40		Oralement : « Lorsque vous vérifiez la fréquence respiratoire, utilisez-vous un minuteur avec une trotteuse ? Pouvez-vous me le montrer ? »	
41		Oralement : « Ce bébé malade avait une fréquence respiratoire de 55, mais il n'avait pas de tirage sous-costal. Comment classifiez-vous ce cas ? »	
42		Oralement : « Le bébé, en fait, avait une pneumonie. Comment traiteriez-vous ce cas ? »	
Autre	43	Merci beaucoup! Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire ? Avez-vous des questions ?	

Merci beaucoup de nous faire part de votre expérience. Je pense que nous avons beaucoup appris!

GUIDE DE DISCUSSION THÉMATIQUE DE GROUPE : 6–12 mères d'enfants de moins de 5 ans (document provisoire 21 septembre 2008)

Nom de l'enquêteur :	Village :
Date :	Quartier :
Heure (début) :	Participants et nombre :
Heure (fin) :	Formation sanitaire la plus proche :

Merci de nous accorder votre temps pour discuter avec nous aujourd'hui. Les informations qui nous intéressent concernent les soins des enfants de votre village qui tombent malades. Êtes-vous d'accord ? Nous aimerions entendre tout le monde, alors ne soyez pas « timides ». Cela ne vous dérange pas si on prend des notes ? Nous n'écrivons aucun nom, afin que tout reste confidentiel.

THÈME	#	QUESTIONS & DEMANDES DE PRÉCISION	RÉPONSES
Identification	1	Nom du village	
	2	Population totale	
	3		Nombre total des ménages
	4		enfants de moins de 5ans
	5	Distance (temps) de la formation sanitaire la plus proche	
	6		Fréquence de la clinique de proximité
	7		Contenu
	8	Employés du MSP dans le village ?	
	9		Qui ?
	10		Responsabilités
	11		D'autres sources de soins : les charlatans
	12		D'autres sources de soins : les boutiques de médicaments

THÈME	#	QUESTIONS & DEMANDES DE PRÉCISION	RÉPONSES
La maladie et les soins à domicile	13	Quels sont les maladies les plus courantes chez les enfants de moins de 5 ans dans votre village ?	
	14	Qu'entendez-vous par « diarrhée » ?	
	15	Qu'entendez-vous par « pneumonie » ?	
	16	Qu'entendez-vous par « paludisme » ?	
	17	Que faites-vous à la maison pour la diarrhée ?	
	18		Pour la fièvre ?
Signes de danger et recours aux soins	19	Comment décidez-vous si un bébé a besoin de soins en dehors de la maison ?	
	20		D'autres signes ?
	21		Qui décide ?
	22		Et si le mari est au champ ?
	23		Que faire s'il y a des dépenses en espèces ?
	24		Où allez-vous ?
	25		Comment pouvez-vous arriver là-bas ?
	26		Comment savez-vous si quelqu'un sera là ?
	27		Que faites-vous si personne n'est là ?
	28		Vous attendez-vous à payer pour les soins dans les établissements publics ? Combien ?
La qualité des soins	29	Qu'est-ce qui vous rend content(e) ou satisfait(e) des soins à l'extérieur ?	
	30		Autre chose ?
	31	Si cela n'a pas encore été mentionné, posez la question suivante : Devez-vous attendre ?	

THÈME	#	QUESTIONS & DEMANDES DE PRÉCISION	RÉPONSES
La qualité des soins (suite)	32		Efficace ?
	33		Propre ?
	34		Privé ?
	35		Gratuit ?
	36		Autre ?
	37		Quel est le facteur le plus important de tous ?
	38	Les instructions reçues là-bas sont-elles faciles à comprendre ?	
	39		Pourquoi ou pourquoi pas ?
	40	Vous est-il déjà arrivé de quitter cet endroit avec l'impression que ce qu'on vient de vous dire n'était pas très clair ?	
	41	Quelqu'un peut-il nous donner un exemple de quelques instructions ?	
	42		Avez-vous pu suivre les instructions ?
	43		Pourquoi ou pourquoi pas ?
	44		Qu'est-ce qui vous aide à suivre les instructions ?
Référence pour les soins	45	Parfois, le personnel de santé réfère vers des formations sanitaires plus grandes. Cela est-il déjà arrivé ?	
	46		Quelle était la raison ?
	47		Est-ce que l'employé qui vous a référé a aidé avec le transfert ? Comment ?
	48		L'employé a-t-il proposé de vous accompagner, vous et votre enfant ?
	49		Avez-vous accepté le transfert ?
	50		Si oui, pourquoi ? ou si non, pourquoi ?

THÈME	#	QUESTIONS & DEMANDES DE PRÉCISION	RÉPONSES
Referral (suite)	51	Que s'est-il passé à la formation sanitaire où on vous a référé ?	
	52	Combien de temps avez-vous attendu avant que le traitement ne commence ?	
	53	Qu'est-il arrivé à la sortie ?	
	54	Quelles instructions avez-vous reçues ?	
	55	Avez-vous pu suivre les instructions ?	
	56	Pourquoi ou pourquoi pas ?	
	57	Qu'est-ce qui vous aide à suivre les instructions ?	
UN cas	58	Il est peut-être difficile d'en parler, mais est-ce que des enfants sont décédés dans votre village l'année dernière ? Que s'est-il passé ?	
	59	Combien de temps le bébé a-t-il été malade ?	
PEC-C	60	Quand a-t-on fait appel aux soins à l'extérieur du foyer pour la première fois ?	
	61	Y a-t-il certaines choses qu'on pourrait faire différemment la prochaine fois ?	
	62	Nous envisageons la formation de agents de santé communautaires pour traiter les enfants malades dans les villages dont les habitants doivent faire plus d'une heure à pirogue pour venir à une formation sanitaire. Que pensez-vous de cette idée ?	
	63	Qui serait un bon agent de santé ?	
	64	Quels conseils avez-vous pour nous ?	
	65	Est-ce que des bénévoles seraient prêts à le faire ?	
	66	Seriez-vous prêt à payer pour le traitement ?	
	67	Est-ce qu'il y a quelqu'un qui n'est pas sûr d'aimer ce plan ?	
	68	Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire ? À propos de quoi que ce soit ?	
	Autre chose ?		

Merci beaucoup d'avoir partagé votre expérience. Je pense que nous avons beaucoup appris!

EVALUATION DES ASC

Merci de nous accorder votre temps pour discuter avec nous aujourd'hui. Les informations qui nous intéressent concernent les soins des enfants malades dans votre communauté. Êtes-vous d'accord ? Cela ne vous dérange pas si on prend des notes ?

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE	
Information d'identification	1	District / arrondissement		
	2	Village		
	3	Enquêteur		
	4	Date		
	5	Nom de l'ASC / travailleur communautaire		
	6	Âge de l'ASC		
	7	Niveau d'études (Veuillez encercler la réponse)	1. alphabète 2. alphabète (pas scolarisé) 3. Niveau atteint (remplissez) _____	
	8	Quand avez-vous commencé à travailler comme ASC (mois et année) ?		
	9	Êtes-vous attaché à une formation sanitaire en particulier ? (Nom)		
	10	Touchez-vous un salaire mensuel ou une rémunération du programme ?		
	11	Recevez-vous de la communauté des honoraires ou une rémunération en espèces ou en nature ?		
	Zone de couverture et population cible	12	Combien de ménages y a-t-il dans votre village / communauté ?	
		13	Êtes-vous responsable d'un certain nombre de ménages ?	

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Zone de couverture et population cible (suite)	14	Quelle est la population totale de ces ménages ?	
	15	Combien d'enfants de moins de 5 ans y a-t-il dans ces familles ?	
	16	Combien de femmes entre 15 et 45 ans y a-t-il dans ces familles ?	
	17	Combien de temps vous faut-il pour atteindre les ménages les plus éloignés de la population sous votre responsabilité ?	
	18	Y a-t-il d'autres ASC qui travaillent dans votre communauté ?	
	19	Si oui, comment partagez-vous votre travail ? (Veuillez encrer la réponse)	1. Ménages 2. Heures de travail 3. Services
Prestation de service	20	Quelles sont vos principales fonctions en tant qu'ASC ? (Veuillez encrer la réponse)	<p>a. Enregistrer les ménages</p> <p>b. Animer les séances de groupe d'éducation sanitaire</p> <p>c. Évaluer, classer et référer les cas de pneumonie</p> <p>d. Évaluer, classer et traiter les cas de pneumonie avec des antibiotiques</p> <p>e. Identifier et traiter les cas de paludisme non compliqué</p> <p>f. Assurer le suivi du traitement des patients pour garantir sa conformité</p> <p>g. Référer des enfants malades à la formation sanitaire</p> <p>h. Évaluer, classer et traiter les cas de diarrhée</p> <p>i. Peser les enfants</p> <p>j. Gérer les stocks de médicaments essentiels</p> <p>k. Organiser, avec la communauté, un système de transfert des patients référés</p> <p>l. Tenir le registre des activités quotidiennes</p> <p>m. Rédiger un rapport à la fin de chaque mois</p>

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Prestation de service (suite)	21	A votre domicile y a-t-il une salle / espace séparé(e) prévu(e) pour la consultation des patients ?	
	22	Avez-vous une boîte à médicaments ?	
	23	Combien de jours par semaine effectuez-vous vos fonctions en tant qu'ASC ?	
	24	Pendant quelles heures travaillez-vous chaque jour ?	
	25	Avez-vous des patients après _____ heures tous les jours pendant la semaine ? et le week-end ?	
	26	Faites-vous des visites régulières à domicile dans le cadre de votre travail ?	
	27	Faites-vous payer les patients pour les médicaments ?	
	28	Avez-vous fait une formation avant de commencer à travailler comme ASC ? (mois et année)	
	29	Où la formation a-t-elle eu lieu ? (Veuillez encrer la réponse)	1. établissement de santé du district 2. établissement de santé de base 3. communauté
	30	Combien de jours la formation a-t-elle duré ?	
Formation	31	Combien d'ASC ont participé à la formation ?	
	32	Y a-t-il eu un examen avant et après la formation ?	
	33	Y a-t-il eu des séances pratiques pendant la formation (interaction avec les patients) ?	
	34	Avez-vous un guide / manuel pour vous aider à effectuer votre travail ?	
	35	Avez-vous fait des stages de mise à niveau au cours des 12 derniers mois ?	Sujets de formation Nombre de jours

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Supervision	36	Qui est votre supérieur ?	1. Personnel de la formation sanitaire (précisez) _____ 2. Personnel de projet spécial (précisez) _____ 3. Tout autre (précisez) _____
	37	Sa dernière visite date de quand ?	a. a vérifié vos registres b. a examiné des cas traités / référés par vous c. a vérifié les stocks de médicaments d. a revu avec vous le matériel de formation e. a visité un enfant malade / guéri à domicile f. a récupéré un rapport mensuel
	38	Qu'est-ce qu'il / elle a fait au cours de sa dernière visite ? (Veuillez encadrer la réponse)	
	39	A-t-elle / il utilisé une fiche de contrôle pour la supervision ?	
	40	Y a-t-il une réunion mensuelle des ASC à la formation sanitaire ?	
	41	Que se passe-t-il lors de ces réunions ? (Veuillez encadrer la réponse)	a. Examen des registres des ASC b. Examen des cas traités / visés par les ASC c. Ravitaillement en médicaments d. Sessions de formation continue e. Soumission de rapports mensuels
	42	Visitez-vous régulièrement la formation sanitaire pour des raisons liées à votre travail ?	
Examen des registres	43	Parmi les données suivantes, lesquelles sont enregistrées dans le registre d'activités ? (Veuillez encadrer toutes les mentions utiles)	1. nom 2. âge 3. première visite ou visite de suivi 4. village 5. diagnostic 6. traitement
	44	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans avez-vous traité ?	le mois dernier _____ les 12 derniers mois _____

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Examen des registres (suite)	45	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans avaient une pneumonie ?	le mois dernier _____ les 12 derniers mois _____
	46	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans avaient le paludisme ?	le mois dernier _____ les 12 derniers mois _____
	47	Combien d'enfants malades de moins de 5 ans avaient la diarrhée ?	le mois dernier _____ les 12 derniers mois _____
	48	Ratio de traitement de la pneumonie (observé / attendu)	
	49	Taux de traitement des enfants malades, annualisé	
	50	Quel médicament utilisez-vous pour le traitement de la pneumonie ?	
	51	Y a-t-il eu une rupture de stock du médicament contre la pneumonie le mois dernier ?	
	52	Quel médicament utilisez-vous pour le traitement du paludisme chez les enfants ?	
Inventaire	53	Y a-t-il une rupture de stock du médicament contre le paludisme chez les enfants le mois dernier ?	
	54	Y a-t-il eu une rupture de stock de SRO le mois dernier ?	
	55	Que faites-vous si vous avez une rupture de stock ?	
	56	Avez-vous un protocole de prise en charge des patients ?	
	57	Avez-vous un thermomètre ?	
	58	Avez-vous un récipient pour mélanger les SRO ?	

THÈME	#	QUESTION	RÉPONSE
Inventaire (suite)	59	Avez-vous un appareil de pesage / une bande pour mesurer la circonférence du bras à mi-hauteur ?	
	60	Avez-vous un minuteur ?	
	61	Avez-vous des matériels d'éducation sanitaire ?	Énumérez, s'il vous plaît :
Prises en charge des cas :		Oralement : « Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les soins d'un bébé malade. Supposons qu'un bébé de 6 mois a une toux et une respiration difficile. Que feriez-vous ? ... Autre chose ? ... Rien d'autre ? » (Cochez au choix chacune des trois questions mentionnées. Faites attention de ne pas « souffler » de réponses à l'informateur / informatrice.)	
	62	<i>Spontané</i> : Vérifiez-vous s'il y a des signes de danger ?	
	63	<i>Spontané</i> : Vérifiez-vous si la respiration est rapide ?	
	64	<i>Spontané</i> : Vérifiez-vous s'il y a un tirage sous-costal ?	
	65	Oralement : « Lorsque vous vérifiez la fréquence respiratoire, utilisez-vous un minuteur avec une trotteuse ? Pouvez-vous me le montrer ? »	
66	Oralement : « Ce bébé malade avait une fréquence respiratoire de 55, mais il n'avait pas de tirage sous-costal. Comment classifieriez-vous ce cas ? »		
67	Oralement : « Le bébé, en fait, avait une pneumonie. Comment traiteriez-vous ce cas ? »		
Autre	68	Merci beaucoup! Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire ? Avez-vous des questions ?	

Merci beaucoup de nous faire part de votre expérience. Je pense que nous avons beaucoup appris!

FEUILLE DE TRAVAIL : Exemples de calcul de l'utilisation potentielle de la PEC-C pour la diarrhée, le paludisme et la pneumonie dans le district X ⁷⁶

DIAGNOSTICS DES ENFANTS-PATIENTS EXTERNES DE LA FORMATION SANITAIRE DU MPS DANS LE DISTRICT X (2007)

Mois	Diarrhée aiguë			Dysenterie			Paludisme			Pneumonie		
	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total	Hom.	Fem.	Total
Jan	220	237	457	52	52	104	1 621	1 767	3 388	114	163	277
Fév.	218	255	473	84	48	132	1 210	1 227	2 437	86	95	181
Mars	170	195	365	72	81	153	1 369	1 361	2 730	164	88	252
Avril	195	139	334	63	59	122	1 099	1 130	2 229	54	57	111
Mai	231	222	453	96	103	199	1 429	1 463	2 892	217	173	390
Juin	255	301	556	111	98	209	1 667	1 685	3 352	132	146	278
Juil.	259	277	536	91	108	199	2 281	2 127	4 408	111	153	264
Mai	275	296	571	90	95	185	3 399	3 706	7 105	262	254	516
Sep.	276	272	548	71	61	132	2 757	2 709	5 466	288	337	625
Oct.	269	261	530	63	63	126	2 714	2 609	5 323	251	210	461
Nov.	211	204	415	49	63	112	2 031	1 873	3 904	123	102	225
Déc.	180	182	362	35	52	87	1 215	1 193	2 408	74	133	207
Total	2 759	2 841	5 600	877	883	1 760	22 792	22 850	45 642	1 876	1 911	3 787
Actuel E / E / A**			0,11			0,03			0,86			0,07

Mois	Diarrhée aiguë		Dysenterie		Paludisme		Pneumonie	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Attendu E / E / A**								
		3					4	0,3
Actuel / attendu E / E / A		4 %					22 %	24 %

* Nombre d'épisodes par enfant et par an sur la base 53 060 enfants de moins de 5 ans dans le district X (population totale : 265 300)

** D'après les estimations du MSP (diarrhée, paludisme) et la projection de Rudan (pneumonie) 7

Commentaire : De faibles niveaux de traitement existent pour les trois maladies dont nous avons des prévisions. Les ratios de traitement faibles peuvent être des scénarios pessimistes, étant donné que les statistiques autres que celles du MSP n'y sont pas incluses, et que, probablement, les statistiques du MSP ne sont pas complètes. Curieusement, les ratios de la pneumonie et du paludisme sont presque identiques, soit environ un cas sur quatre, ce qui fait penser à une cause commune, à savoir un faible accès. En fait, ces ratios sont presque identiques d'après l'expérience à ce jour pour 2008. Un faible recours aux soins pour la diarrhée n'est pas surprenant vu que de nombreux cas devaient être traités à domicile. La dysenterie est courante ; près d'un tiers (31 % [1 760 / 5 600]) au niveau de la diarrhée aiguë. Il n'y avait aucune évidence concernant la proportion hommes / femmes dans le recours aux soins dans les formations sanitaires du MSP.

NIVEAUX D'ACTIVITÉ PRÉVUS PAR PRESTATAIRE (= VILLAGE) ET PAR PROGRAMME PAR RAPPORT À L'INCIDENCE PROJÉTÉE DE LA MALADIE

Maladie	Episodes / enfant / an	Cas par an		Cas par mois	
		Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)	Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)
Diarrhée	3	600	99 000	50	8 250
Paludisme	4	800	132 000	67	11 000
Pneumonie	0,3	60	9 900	5	825
Total	7,3	1 460	240 900	122	20 075

NIVEAUX D'ACTIVITÉ PRÉVUS PAR PRESTATAIRE (= VILLAGE) ET PAR PROGRAMME PAR RAPPORT AU TAUX ACTUEL D'UTILISATION DES SERVICES POUR PATIENTS EXTERNES DU MSP

Maladie	Episodes / enfant / an	Cas par an		Cas par mois	
		Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)	Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)
Diarrhée	0,11	22	3 630	2	303
Paludisme	0,86	172	28 380	14	2 365
Pneumonie	0,07	14	2 310	1	193
Total	1,04	208	34 320	17	2 860

NIVEAUX D'ACTIVITÉ PRÉVUS PAR PRESTATAIRE (= VILLAGE) ET PAR PROGRAMME PAR RAPPORT AUX TAUX RÉALISÉS D'UTILISATION

Maladie	Episodes / enfant / an	Cas par an		Cas par mois	
		Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)	Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)
Diarrhée	0,3	60	9 900	5	825
Paludisme	2	400	66 000	33	5 500
Pneumonie	0,2	40	6 600	3	550
Total	2,5	500	82 500	42	6 875

NIVEAUX D'ACTIVITÉ PRÉVUS PAR PRESTATAIRE (= VILLAGE) ET PAR PROGRAMME PAR RAPPORT À DES TAUX D'UTILISATION DIFFÉRENTS

Maladie	Scénario	Episodes / enfant / an	Cas par an		Cas par mois	
			Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)	Par agent de la PEC-C (200 enfants dans 1 village)	Par programme (33 000 enfants dans le district)
Diarrhée	Prévisions du MSP et tirées de la documentation	3	600	99 000	50	8 250
Paludisme		4	800	132 000	67	11 000
Pneumonie		0,3	60	9 900	5	825
Total		7,3	1 460	240 900	122	20 075
Diarrhée	Utilisation actuelle du service de consultations externes du MSP	0,11	22	3 630	2	303
Paludisme		0,86	172	28 380	14	2 365
Pneumonie		0,07	14	2 310	1	193
Total		1,04	208	34 320	17	2 860
Diarrhée	Réaliste	0,3	60	9 900	5	825
Paludisme		2	400	66 000	33	5 500
Pneumonie		0,2	40	6 600	3	550
Total		2,5	500	82 500	42	6 875

FEUILLE DE TRAVAIL : Besoins en données illustratives pour différents types d'informations par rapport au type d'analyse de situation

Cet outil permet de démontrer les besoins en données illustratives pour chacune des 8 cases du cadre de résultats pour les trois types d'analyses de situation. Les données comprennent des mesures quantitatives et des informations qualitatives ou descriptives qui aident à décrire l'épidémiologie, le programme et les facteurs politiques pertinents à l'analyse de situation PEC-C. Comme beaucoup des points qui indiquent des données plus détaillées pour l'analyse intermédiaire ou globale se répètent plusieurs fois, le tableau semble plus compliqué qu'il ne l'est. Les situations locales, les questions et surtout le niveau des ressources détermineront au bout du compte les besoins en données.

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
But : statut	<ul style="list-style-type: none"> Taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans Taux de mortalité infantile 	<ul style="list-style-type: none"> Taux nationaux Données chiffrées des formations sanitaires par âge au décès Données chiffrées des formations sanitaires par cause de décès, surtout les décès dus à la diarrhée, à la pneumonie et au paludisme Toute donnée chiffrée ou taux relatif à la population de la zone en question Tendances saisonnières 	<ul style="list-style-type: none"> De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Toute donnée chiffrée ou taux relatif à la population potentiellement généralisables à la zone en question Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Études pertinentes sur les causes de décès Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	
Objectif stratégique : utilisation	Recours aux soins en cas d'« infection respiratoire aiguë (IRA) nécessitant évaluation » dans les derniers 15 jours	<ul style="list-style-type: none"> Taux nationaux Toute donnée pertinente issue d'une enquête locale ou recherche qualitative Définitions de cas (classification, diagnostic, symptômes) dont le patient se plaint, etc.) Données chiffrées des services (établissements et autres) Recours aux soins des services (données chiffrées / attendu en %) Tendances saisonnières Autres indicateurs généraux d'« utilisation » : la rougeole, numération absolue des neutrophiles 	<p>De base, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réception d'antibiotiques pour une pneumonie présumée Toute donnée chiffrée ou taux relatif à la population potentiellement généralisable à la zone en question, avec les définitions de cas Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	<p>GLOBALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Intermédiaire, plus : Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)
	Recours aux soins en cas de « fièvre » dans les derniers 15 jours	<ul style="list-style-type: none"> Taux nationaux Toute donnée pertinente issue d'une enquête locale ou recherche qualitative Données chiffrées sur la production (paquets de SRO) des services (établissements et autres) Données chiffrées des établissements par syndrome, diagnostic ou symptôme(s) dont le patient se plaint Tendances saisonnières 	<p>De base, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réception du zinc pour la diarrhée Toute donnée chiffrée ou taux relatif à la population potentiellement généralisable à la zone en question, avec les définitions de cas Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	<p>Intermédiaire, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	
Résultat intermédiaire 1 : environnement favorable	Existence de la politique, du plan et / ou du budget PEC-C	<ul style="list-style-type: none"> Hiérarchisation des causes de décès de moins de 5 ans Structure du système de santé : secteur privé, secteur informel, guérisseurs traditionnels, ASC ASC par interventions Approche à gravement malade ? Références des patients ? Utilisation d'antibiotiques ? Structures et mobilisation Croyances culturelles pertinentes Prestataires traditionnels Enjeux financiers et en ce qui concerne le rôle des femmes Politique Politiques nationales concernées (zinc, SRO à osmolarité réduite, etc.) et adaptations locales État de la mise en œuvre 	<p>De base, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Occasion spécifique pour le test Communauté Détails des stratégies ou approches spécifiques à tester Politique Détails sur la politique spécifique à influencer Détails sur la question politique spécifique à résoudre 	<p>GLOBALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Intermédiaire, plus : Formation, en particulier pour les compétences des bénévoles, cursus, points forts / points faibles Médicaments—spécifiques au syndrome ; disponibilité, coût, recouvrement des coûts, chaîne d'approvisionnement, possibilités communautaires Réponse prioritaire en cas de septicémie néonatale Injections : la politique par opposition à la pratique Motivation et soutien politique, associations professionnelles ; champions Opinions de la PEC-C—rôles du secteur privé, des guérisseurs traditionnels, des ASC
	Existence d'un projet expérimental de PEC-C	<ul style="list-style-type: none"> Existence de stratégies communautaires pertinentes à la PEC-C (fonds de roulement en médecine, etc.) 	<p>De base, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Occasion spécifique pour le test Questions supplémentaires et opérationnelles de la recherche en cours 	<p>Intermédiaire, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Partenariat pour les interventions PEC-C Groupes d'intérêt : controverses, champions, opposants, etc.
Création d'un environnement favorable aux stratégies et programmes	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies prévues (mobilisation de la communauté, acteurs, secteurs, etc.) Mise en œuvre et les raisons des divergences Rôle de l'initiative locale comme fondement de la politique 			

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
Externe		<ul style="list-style-type: none"> Politique Socioéconomique et culturel Ecologique et environnemental Infrastructures 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Possibilités uniques à tester, y compris externes 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Effets de macro-niveau Effet possible sur les sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)
Résultat intermédiaire 2 : accès	Accouchement avec l'aide d'une sage-femme qualifiée ou visite post-partum (comme indicateur d'accès au traitement en cas de septicémie néonatale)	<ul style="list-style-type: none"> Taux nationaux Toute donnée pertinente issue d'une enquête locale ou recherche qualitative Données chiffrées des services Tendances saisonnières 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Toute donnée chiffrée ou potentiellement généralisable à la zone en question Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées par sous-groupes de l'accès à la GCA ou du nombre de patients par prestataire, appartenance ethnique et situation socioéconomique des groupes, lieu (région, zone urbaine ou rurale)

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
	Population dans un rayon de 5 km de la structure de PEC-C (ou autre définition localement adaptée)	<ul style="list-style-type: none"> Carte démographique avec des estimations ou des données réelles (si elles sont connues) de la population (# / %) habitant dans un rayon de 5 km (ou une autre définition locale) de l'établissement ou prestataire GCA (public et privé) Contraintes temporelles, économiques et culturelles à la disponibilité de la GCA Disponibilité de médicaments : médicaments sur la liste du formulaire, ruptures de stock 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche Précision SIG, peut-être 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)
Stratégies et programmes d'accès		<ul style="list-style-type: none"> Stratégies prévues (construction d'installations, rénovation, personnel, horaires, sensibilisation, alarme et transport, radios, etc.) Mise en œuvre et raisons des divergences 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Examen des documents Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Expérience passée relative à la PEC-C ou à ses éléments Expérience passée ou actuelle d'efforts visant à améliorer l'accès à d'autres interventions

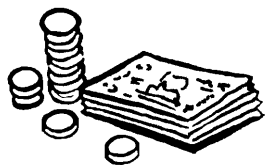
TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
Résultat intermédiaire 3 : qualité	Prise en charge des cas selon le protocole (de nombreux indicateurs)	<ul style="list-style-type: none"> Rôle des prestataires d'infrastructures de santé et des prestataires à base communautaire Capacité des prestataires d'infrastructures de santé et des prestataires à base communautaire (réelle et perçue) 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Envisager la collecte d'évidences pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)
		<ul style="list-style-type: none"> Stratégies prévues (formation, mise à niveau, supervision, outils de travail, etc.) Mise en œuvre et les raisons des divergences 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Examen du programme (qualité technique) Examen de la formation (basée sur les compétences) Examen de la supervision (plan, ressources réelles)
Stratégies et programmes de qualité				

TYPE D'INFORMATION	INDICATEURS CLÉS	TYPE D'ANALYSE DE SITUATION		
		DE BASE	INTERMÉDIAIRE	GLOBALE
Résultat intermédiaire 4 : demande	Connaissance des signes de danger pour les enfants et les nouveau-nés	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance et étiquetage des signes de danger Pratique de soins à domicile Observance du traitement et des références Pratiques traditionnelles (bonnes, mauvaises, neutres) Avis de différents prestataires 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Toute donnée chiffrée ou taux relatif à la population potentiellement généralisable à la zone en question Évaluation de la qualité des données à traiter, et de quelles données sont encore manquantes Analyse de sous-groupes, si possible Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Analyses détaillées de sous-groupes par personne (appartenance ethnique, situation socioéconomique) et par lieu (région, zone urbaine ou rurale)
		<ul style="list-style-type: none"> Stratégies prévues (recherche formative, élaboration de stratégies CCC, sélection des messages, canaux de distribution, etc.) Mise en œuvre et raisons des divergences 	De base, plus : <ul style="list-style-type: none"> Examen du matériel de la CCC (information sur la qualité ou technique, communication, utilisation, etc.) Données spécifiques pertinentes au(x) sujet(s) de la recherche 	Intermédiaire, plus : <ul style="list-style-type: none"> Examen de documents stratégiques de la CCC Plan national, actuel, ressources
Stratégies et programmes de demande				

Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (BCMGE)^{16, 81}

La BCMGE est un outil de planification axé sur les résultats et la budgétisation. Elle utilise les connaissances relatives à l'impact des interventions sur la mortalité infantile et maternelle dans un pays, en identifiant les contraintes de mise en œuvre et les estimations des coûts marginaux en vue de surmonter ces contraintes. L'outil a été élaboré conjointement par l'UNICEF, la Banque Mondiale et l'OMS. La BCMGE est utilisée pour aider à fixer des objectifs pour les interventions avérées à fort impact et des estimations de l'impact attendu, le coût par vie sauvée, et des exigences de financement supplémentaire, ainsi qu'une projection pour décider comment surmonter les obstacles aux soins de santé, sans préjudice de la viabilité de la situation financière d'un gouvernement. La BCMGE comprend 5 étapes.

1. Une évaluation des indicateurs clés, les tendances et les causes de la mortalité et morbidité maternelles, néonatales et infantiles, l'accès aux services essentiels, la sélection et la présentation d'interventions à fort impact basées sur l'évidence.
2. L'identification des goulets d'étranglement dans le système de la demande et de l'offre qui empêchent une couverture adéquate et efficace des services primaires essentiels de soins de santé.
3. L'estimation de l'impact attendu sur les taux de survie pour chacune des interventions.
4. La sélection du type, de la quantité et des coûts des intrants supplémentaires qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les actions visant à surmonter les goulets d'étranglement et à étendre la couverture effective des programmes d'intervention.
5. L'analyse des implications budgétaires, l'identification des sources possibles de financement et la comparaison des coûts marginaux et des besoins de financement supplémentaires.



SECTION III :

CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT SOCIAL ET POLITIQUE FAVORABLE

Aperçu et définitions

Un environnement favorable résulte de l'interaction de facteurs au niveau du pays, du district, des formations sanitaires et de la communauté. Un environnement favorable produit des politiques judicieuses, favorise une utilisation efficace et performante des ressources et veille au développement de la participation de la communauté à la PEC-C⁸². Un tel environnement favorise la PEC-C durable, au sein de laquelle la demande de services est conforme à l'« offre » (accès / disponibilité et qualité) et les deux sont élevées. Bien que les facteurs au niveau du pays, du district et de la communauté se croisent pour générer un environnement favorable, à des fins de planification et de prise en charge, cette section les aborde séparément.

Environnement national. La responsabilité des ministères de la santé consiste à assurer que les politiques nationales de santé sont adoptées et que les priorités de santé soient atteintes. Les ministères sont chargés d'élaborer et de superviser les normes et les règlements pour l'exécution du programme, et ils déterminent souvent la façon dont les fonds budgétisés sont répartis entre les différentes priorités. C'est à ce niveau que la PEC-C devient institutionnalisée, pleinement intégrée dans les priorités nationales, dans les politiques et programmes, avec des capacités appropriées pour la soutenir. En outre, les programmes de santé mondiaux, tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, peuvent influencer les orientations des programmes nationaux, comme le peuvent les priorités des grands organismes donateurs opérant dans un pays. Tous ces facteurs influent sur l'intérêt et la volonté d'un pays à initier, institutionnaliser, ou développer la PEC-C.

La décentralisation affecte également l'environnement pour la PEC-C. Dans certains pays, des responsabilités importantes dans le système de santé sont

maintenant effectivement entre les mains des autorités et gouvernements des régions, provinces et districts. Ces responsabilités comprennent le recrutement et le licenciement des agents de la santé, le paiement des salaires, et l'approvisionnement en fournitures. Dans d'autres pays, la décentralisation peut être à un stade précoce, et le pouvoir de décision se trouve encore avec le gouvernement au niveau central.

Environnement de district. Bien que la communauté soit au cœur de la PEC-C, le district joue un rôle important dans la gestion et le soutien du programme, quel que soit le niveau de décentralisation officielle en termes d'autorité et de décisions de financement. Les autorités sanitaires et celles de la société civile (par exemple, le conseil de district) sont des parties prenantes importantes. Sans leur engagement et soutien, il est impossible de mettre en œuvre toutes les activités nécessaires à la PEC-C. De plus, même dans des environnements moins décentralisés, les districts peuvent jouer un rôle considérable dans l'achat de médicaments et d'équipement.

Environnement communautaire. En tant qu'approche à base communautaire, la PEC-C adoptera des aspects uniques dans chaque communauté, selon les caractéristiques et la dynamique de celle-ci. Le terme « communauté » se rapporte généralement à un groupe de personnes résidant dans la même zone géographique (par exemple, un village) ou à un groupe ayant des intérêts communs (par exemple, les membres du même groupe ethnique) dans la circonscription du programme. Les populations résidant dans les zones rurales ont tendance à avoir des moyens d'existence, des horaires, des intérêts, des croyances, des pratiques et des niveaux d'éducation similaires. Cependant, les populations urbaines, les zones caractérisées par un mélange urbain / rural ou les communautés en transition rapide ne peuvent pas avoir les mêmes intérêts, pratiques ou niveaux d'alphabétisation, ce qui rend les conditions plus complexes et peut compliquer la participation des parties prenantes et l'utilisation de la PEC-C.

Indicateurs d'un environnement social et politique favorable. Bien que les indicateurs de base standardisés pour la PEC-C ne soient pas encore définis, le Tableau 5 fournit des exemples d'indicateurs qui ont été utilisés dans divers pays.

TABLEAU 5 : EXEMPLES D'INDICATEURS D'UN ENVIRONNEMENT SOCIAL ET POLITIQUE FAVORABLE

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Politique ⁸³	Les politiques de PEC-C et les normes actuelles (la capacité des ASC à traiter la pneumonie, à dispenser du zinc, etc.)	Protocole d'accord	Une fois par an	Gestionnaire	Utilisation au niveau national
Ressources du MSP ⁸⁰	% de coûts de programme PEC-C pris en charge par MSP	Protocoles d'accord	Une fois par an	Gestionnaire	Aux niveaux national et du district
Supervision planifiée du MSP ⁸⁰	# visites prévues de supervision de la PEC-C	Plan du MSP	Trimestriel	Gestionnaire	Au niveau du district—aussi un indicateur de qualité
Taux de supervision du MSP ⁸⁰	# (%) de visites prévues de supervision de la PEC-C effectivement réalisées	Plan du MSP	Trimestriel	Gestionnaire	Au niveau du district—aussi un indicateur de qualité
Capacité organisationnelle	Capacité des organismes d'exécution à réaliser les objectifs énoncés			Gestionnaire	Au niveau du district—les indicateurs d'accessibilité, qualité et demande peuvent être utilisés

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Capacité communautaire	% de communautés dans la circonscription possédant un comité de gestion communautaire ou une structure similaire	Observation	Deux fois par an	Gestionnaire ou superviseur	Au niveau de la communauté
Capacité communautaire	% de structures de prise en charge communautaires avec des plans d'action PEC-C	Comptes-rendus des réunions	Deux fois par an	Gestionnaire, superviseur ou ASC	Au niveau de la communauté

Stratégies, interventions et activités visant à promouvoir un environnement social et politique favorable

Revue des résultats de l'analyse de situation. L'analyse de situation donne un aperçu des opportunités et des contraintes du contexte et propose des stratégies permettant d'aborder les aspects critiques qui affectent la viabilité : l'institutionnalisation et le sentiment d'appropriation de la part des parties prenantes à la PEC-C, le plaidoyer, le renforcement des capacités, la viabilité financière et les compétences de la communauté.

Le plaidoyer au niveau national et régional. Le plaidoyer est un processus continu visant à mobiliser un large éventail d'acteurs pour influencer les décisions concernant les politiques et les normes relatives à la PEC-C, l'attribution de fonds pour la PEC-C et d'autres stratégies pour favoriser la viabilité du programme.

Renforcement des capacités aux niveaux du district et de la communauté. Les institutions de la mise en œuvre et les institutions partenaires doivent être en mesure de mener à bien les activités et les stratégies pour atteindre les résultats intermédiaires. Bien que les capacités organisationnelles soient nécessaires à tous les niveaux du système de santé, surtout lorsqu'une initiative commence à se développer, la PEC-C est généralement centrée sur le renforcement des

capacités aux niveaux des districts et des communautés afin de promouvoir l'institutionnalisation et la viabilité.

Un partenariat solide entre les communautés et le système de santé est également indispensable pour le succès de la PEC-C. Bien que les soignants et les ménages doivent être en mesure d'utiliser la PEC-C de façon efficace, les communautés ont également besoin de « compétences collectives » pour faire fonctionner et gérer la PEC-C, généralement à travers une structure de prise en charge communautaire telle qu'un comité de santé du village.

Planification de la viabilité financière. Les planificateurs et gestionnaires doivent réfléchir à comment soutenir financièrement un programme en visant à équilibrer ses dépenses et ses revenus. Ceci peut se réaliser grâce à une efficacité croissante et à la recherche de financement auprès des sources variées.

Commencer à créer les conditions pour le changement de politique et l'institutionnalisation des programmes à travers le plaidoyer

La politique de santé est un élément important qui détermine le contexte dans lequel opère la PEC-C. Dans certains pays, la politique ou les normes ne sont pas favorables à la PEC-C. Par exemple, elles peuvent interdire toute prescription d'antibiotiques qui n'est pas faite par des agents de santé avec une formation professionnelle. Dans d'autres pays, le contexte politique est « silencieux », faute de mesures qui interdisent ou autorisent aux ASC de dispenser des antimicrobiens. Cependant, sans la capacité d'organisation qui permet de mener à bien la PEC-C, même des politiques favorables sont difficiles à mettre en œuvre.

La mise en œuvre de la PEC-C à petite échelle est parfois réalisable en absence de politiques favorables et de capacités institutionnelles, mais si ces dernières ne sont pas en place l'expansion des initiatives et leur viabilité à long terme sont difficiles, voire impossibles.

Le plaidoyer sera une nouvelle orientation pour de nombreux gestionnaires de programme. Toutefois, les idées d'un gestionnaire sur la valeur de la PEC-C ou des données appuyant son efficacité risquent d'être insuffisantes pour convaincre les sceptiques que la PEC-C est faisable et efficace. Une analyse de situation approfondie peut aider à faire valoir la PEC-C, ou à répondre à des préoccupations à ce sujet, dans le contexte spécifique.

Le but du plaidoyer. Le plaidoyer vise à influencer le processus décisionnel en encourageant ses interlocuteurs à faire une ou plusieurs des démarches suivantes.

- Adopter des politiques, normes, règles, et / ou du matériel de propagande (avec logos) qui soutiennent la PEC-C.
- Augmenter l'attribution de ressources financières, au niveau national et à des niveaux inférieures, à la PEC-C.

- Développer les capacités organisationnelles pour soutenir la PEC-C à tous les niveaux.
- Favoriser une plus grande participation à la PEC-C au niveau communautaire.

Le processus de plaidoyer. Dans le contexte de démarrage ou d'expansion de la PEC-C, le plaidoyer est un processus continu. Il consomme souvent beaucoup de temps et d'énergie. Le plaidoyer implique généralement les étapes suivantes.

- Revoir les données d'analyse de situation afin de déterminer les problèmes affectant la PEC-C et les processus de décision.
- Définir les résultats recherchés du plaidoyer.
- Identifier les acteurs influents et leurs préoccupations au sujet de la PEC-C.
- Déterminer les arguments ou les messages les plus convaincants pour les parties prenantes.
- Choisir les moyens pour mieux transmettre les arguments.
- Mobiliser des « champions » de la PEC-C.
- Travailler avec les structures établies, dans la mesure du possible, pour orienter et superviser le plaidoyer et la mise en œuvre.
- Suivre le processus de plaidoyer.

Envisager les différentes préoccupations au sujet de la PEC-C de différents groupes de parties prenantes. De nombreux parties prenantes font souvent partie d'un programme de PEC-C, et chaque groupe pose souvent des questions différentes.

Les décideurs dans les ministères de la santé posent des questions sur la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme PEC-C.

- Le programme est-il possible ?
- La PEC-C marche-t-elle bien ?
- Est-elle sans danger ?
- Comment s'inscrit-elle dans les programmes existants et dans le cadre des priorités ?
- Combien coûtera le programme ? Est-ce un bon investissement par rapport aux investissements visant à améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires ?

Les pédiatres, d'autres médecins, les infirmières, les sages-femmes et leurs associations professionnelles veulent s'assurer que la PEC-C par les ASC est sûre et d'une qualité comparable à celle des professionnels de la santé formés dans les universités. Ils risquent de demander :

- La PEC-C contribue-t-elle à la résistance aux antimicrobiens ?

Les gestionnaires de programme au niveau du district peuvent demander comment la PEC-C affecte la charge de travail.

- La PEC-C augmente-elle ou diminue-t-elle la charge de travail d'une formation sanitaire ? Quel est son effet sur la composition de l'ensemble des patients ?

Les représentants des ONG et les dirigeants de la communauté compareront peut-être la PEC-C aux mesures traditionnelles qui mettent l'accent sur la prévention primaire, par exemple, l'approvisionnement en eau potable, la construction des latrines et l'élimination des matières fécales, la promotion du lavage des mains, le contrôle des habitats larvaires des moustiques, etc. Ils risquent de demander :

- Est-ce que les gains réalisés dans la prévention de la maladie seront perdus si un accent sur le traitement et les médicaments est ajouté à un programme ?

ASTUCE

N'oubliez pas que les parties prenantes changent avec le temps

Le personnel des ministères de la santé change souvent, au niveau central et au niveau périphérique. Ces nouvelles parties prenantes doivent être associées au processus dès que possible.

Utiliser une variété de canaux. Un plaidoyer réussi répond aux préoccupations des parties prenantes à travers des canaux et forums diverses, dont

- des réunions de gestion à différents niveaux du système de santé ;
- des assemblées scientifiques, telles que celles des associations de santé professionnelles nationales ;
- des copies de la documentation résumant les éléments de preuve de la PEC-C (une liste se trouve dans la boîte à outils à la fin de cette section) ;
- des ateliers de haut niveau où des décideurs participent à l'examen des données ;
- des visites à des sites de la PEC-C couronnés de succès, soit dans le pays soit dans un pays voisin ;
- des réunions nationales d'échange ;
- des dossiers sur les politiques et les programmes ;
- des contacts et réseaux personnels.

ENCADRÉ 12 : MESSAGES DE PLAIDOYER POUR LA PEC-C

S'appuyant sur les données présentées dans la Section I et renforcés par des documents et articles d'information, les messages suivants s'adaptent aux préoccupations et aux publics spécifiques à un contexte donné.

- Un grand nombre d'enfants meurent de la pneumonie, de la diarrhée, du paludisme et d'autres maladies qu'on peut traiter efficacement à travers la PEC-C.
- Le système d'infrastructures de santé dans la plupart des pays en développement n'atteint que 40 % de couverture.
- Beaucoup d'enfants vivent à plus de 5 kilomètres d'une formation sanitaire de premier niveau. Quand ils tombent malades, on les amène souvent dans une formation sanitaire soit avec du retard soit pas du tout.
- La PCIME-C sans la PEC-C n'arrive pas toujours à faire soigner les enfants malades.
- Beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de traitement contre les maladies courantes, ou ils obtiennent un traitement de qualité douteuse.
- Les ASC sont souvent les agents les plus efficaces en termes d'impact au niveau communautaire. Ils peuvent être bien formés pour traiter les cas simples de maladies infantiles et pour référer les cas graves. En tant que membres de leurs communautés, ils inspirent confiance et sont toujours présents pour fournir des informations, assurer la bonne communication et former les pourvoyeurs de soins.
- Les ASC sont capables de fournir des soins de qualité. Si les enfants malades se font soigner dans la communauté, et si les soins sont de bonne qualité, la mortalité diminue.
- La PEC-C est une stratégie qui peut contribuer à atteindre les OMD 4 et 5 en étendant les services aux zones qui n'y auraient pas autrement accès.
- De nombreux pays ont appliqué avec succès la PEC-C, ce qui génère une utilisation accrue des interventions de survie et une baisse de la mortalité dans les zones où la PEC-C a été mise en œuvre.

Identifier et mobiliser les champions au niveau central. Les champions pourraient également être appelés des dirigeants. Un champion est une personne qui est convaincue de la valeur d'une innovation comme la PEC-C et se montre enthousiaste à ce sujet. Les champions sont prêts à faire des efforts et à prendre un certain risque pour faire réussir l'innovation. On peut rencontrer des champions dans le MSP, dans une agence technique internationale, dans une université nationale ou dans un organisme de recherche médicale. Ils peuvent même se trouver en dehors du système de santé ou du secteur de la santé. Dans tous les cas, ils doivent avoir un certain pouvoir d'influencer les décideurs et autres parties prenantes, en raison de leur statut officiel ou du respect qu'ils inspirent.

Si les champions peuvent être « trouvés » parmi les parties prenantes, ils peuvent également être « formés » grâce à leur lecture de la documentation, à leurs expériences dans d'autres pays ou, plus probablement encore, à un programme ou projet dans leur propre pays.

Trouver et mobiliser un champion (ou des champions) au niveau central rendent beaucoup plus facile la création d'un environnement favorable au lancement et à la viabilité de la PEC-C. Ces personnes devraient être incluses dans la planification des programmes le plus tôt possible. Un champion, c'est un porte-parole persuasif et crédible en matière de PEC-C qui aide à convaincre les décideurs sceptiques et d'autres parties prenantes de la valeur du progrès. Les champions n'ont pas besoin de faire partie d'un programme officiel, mais leur contribution à la conception et gestion des programmes, ainsi que dans la dissémination de résultats, peut s'avérer précieuse.

ASTUCE

Identifier des champions parmi ceux dont l'enfant a souffert d'une des maladies traitées grâce à la PEC-C

Le plaidoyer peut atteindre le cœur ainsi que l'esprit. Les décideurs, les cliniciens ou d'autres parties prenantes dont les enfants ont souffert du paludisme ou de la pneumonie, par exemple, peuvent faire passer des messages convaincants ancrés dans la vie réelle.

ENCADRÉ 13 : PLAIDOYER POUR PROMOUVOIR LA PCC EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

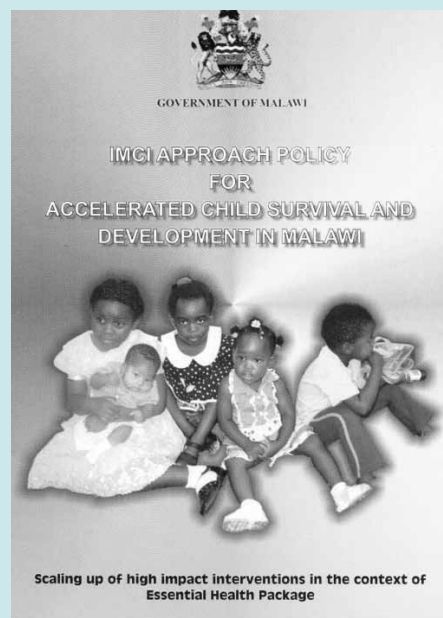
Les efforts de plaidoyer ont commencé par la préparation du terrain pour une réunion avec des représentants influents du MSP. Tout d'abord, des rencontres individuelles avec des personnes représentant des organismes qui ont de l'influence auprès du Ministère de la Santé (par exemple, l'UNICEF, l'OMS, des agences bilatérales et d'autres acteurs) ont été organisées afin d'obtenir l'appui de ces organismes pour la PEC-C. Ensuite, une présentation sur la PCIME a été préparée et présentée lors d'une réunion régulière officielle du MSP. Lors de la réunion, les participants ont reçu des copies des déclarations communes de l'UNICEF et l'OMS sur la diarrhée et la pneumonie en tant que documents d'information. Ils ont reçu également des données révisées sur la proportion d'enfants vivant à plus de 5 kilomètres d'une formation sanitaire de premier niveau, et ils ont posé de nombreuses questions.

Poursuivies pendant un certain temps, ces réunions n'ont pas abouti à un consensus sur la pertinence de la PEC-C. Le processus de plaidoyer a impliqué un éventail plus large de parties prenantes. Les défenseurs de la PEC-C ont consulté SANRU, une ONG très respectée qui bénéficie du soutien d'un grand nombre d'églises. Pour convaincre SANRU, ils ont présenté des données montrant la proportion d'enfants vivant à plus de 5 kilomètres des formations sanitaires de premier niveau, et ils ont demandé à quels soins ces enfants ont accès. Ceci a convaincu les dirigeants de SANRU, qui par la suite ont encouragé le MSP à soutenir la PEC-C.

D'autres éléments qui ont contribué à la réussite du processus de plaidoyer comprenaient l'expérience de la PEC-C au Sénégal et les efforts d'un professeur respecté pour promouvoir la PEC-C dans la communauté médicale.

Tirer le meilleur parti de la PCIME en tant qu'environnement favorable. Au sein d'une formation sanitaire, la PCIME, et en particulier la PCIME-C, peut créer des mécanismes de facilitation pour la PEC-C. La plupart des pays disposent d'un groupe de travail national sur la PCIME ou une structure équivalente pour orienter la programmation de la santé des enfants. Ces entités réunissent non seulement des parties prenantes importantes, mais elles sont aussi d'excellents points de départ pour construire et maintenir un environnement favorable. Reconnaisant facilement les points faibles de la PCIME-C quand il s'agit de faire venir les enfants malades pour les faire soigner, les membres de ces groupes peuvent utiliser cette situation comme argument à faveur de la PEC-C. En outre, leurs rôles actuels dans la supervision technique, la vérification de la conformité avec les directives nationales, la validation de nouveaux produits, et ainsi de suite, peuvent être étendue à la PEC-C.

ENCADRÉ 14 : LA POLITIQUE GLOBALE MULTISECTORIELLE DE LA PCIME AU MALAWI COMPREND LA PEC-C⁸⁴



Le gouvernement du Malawi a adopté la PCIME comme stratégie en 1998, mais il n'y avait pas de politique pour guider la mise en œuvre⁸⁴. À la fin de l'année 2005, environ la moitié des districts avaient les trois composantes de la PCIME en place. Pour contribuer à atteindre l'OMD 4 et obtenir de bons résultats en matière de survie des enfants, le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Ministère de la Femme et de l'Enfant, a coordonné l'élaboration d'une politique de PCIME pour guider et uniformiser la mise en œuvre de la PCIME. La politique aborde explicitement la PEC-C dans ses objectifs, qu'elle présente en tant que résultats : « Tous les enfants souffrant d'une maladie courante sont soignés de manière holistique en milieu hospitalier en tant que patients externes ou internes,

et à domicile. » (C'est nous qui soulignons.)

Des définitions opérationnelles pour la mise en œuvre des interventions sont également fournies dans l'énoncé suivant : « Les assistants de surveillance sanitaire [les ASS, des prestataires de services communautaires] doivent assurer le traitement à domicile des maladies simples dans le cadre de leur mandat reconnu. » Les ASS sont autorisés à administrer les SRO à osmolarité réduite en cas de déshydratation, les antipaludiques, et de l'albendazole pour le déparasitage. La politique encourage le traitement de la septicémie, de la pneumonie et de la dysenterie avec des antibiotiques, « de préférence dans la formation sanitaire du village ».

Se rappeler que le changement de la politique peut devenir un objectif. Au moment de la planification du programme, le changement de la politique n'est pas une étape impérative. En effet, chercher à modifier une politique avant de commencer un programme à petite échelle risque de retarder considérablement la mise en œuvre, car le processus peut devenir long et difficile. Généralement, les ministères de la santé exigent des évidences, provenant en particulier de leur propre pays, afin d'éclairer les nouvelles orientations politiques.

Élaborer et mettre en œuvre un projet pilote, un projet de démonstration ou de recherche opérationnelle pour produire des données nationales. La plupart des pays qui ont mis en œuvre la PEC-C ont commencé par approuver une phase de démarrage à petite échelle dans une zone déterminée. Les méthodes d'évaluation ciblée prévues dans les plans de mise en œuvre visent à répondre à des questions et préoccupations spécifiques concernant le traitement à base communautaire, par exemple des questions relatives à la qualité des soins, la vente des médicaments et la prise en charge assurée par les ASC. Les projets pilotes ou de recherche opérationnelle peuvent être utilisés comme outils de plaidoyer. La reformulation des doutes exprimés par des sceptiques en questions de recherche permet d'aborder de manière constructive des obstacles à la viabilité.

ENCADRÉ 15 : CONSEILS POUR LA CONCEPTION DES PROJETS PILOTES, DES PROJETS DE DÉMONSTRATION OU DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN VUE D'ASSURER LA VIABILITÉ ET L'EXTENSION DES PEC-C⁸⁵

- Associer des représentants respectés des parties prenantes à la conception et à l'examen des résultats.
- Veiller à ce que les données générées répondent aux questions des décideurs et à leurs normes de crédibilité.
- Éviter la conception d'un projet « boutique » qui est trop coûteux pour être reproduit dans d'autres districts⁸⁶.
- Démarrer graduellement dans des zones à faible accès où le succès précoce est possible (par exemple, où l'accès n'est pas trop faible et où certaines caractéristiques d'un environnement favorable à la PEC-C sont présentes).
- Intégrer le développement et l'expérimentation des stratégies et des outils qui permettent de renforcer les capacités à tous les niveaux.
- Inclure l'extension de la PEC-C dans les objectifs et associer à la planification et à la mise en œuvre de la phase de démarrage ceux qui seront finalement responsables de l'extension.

Envisager de contribuer à l'extension du corpus de connaissances sur la PEC-C. Beaucoup de questions sur la PEC-C restent sans réponse. Réalisé en partenariat avec une université nationale ou internationale ou une institution de recherche, un projet de recherche opérationnelle peut générer de nouvelles connaissances qui font progresser les technologies de pointe. La liste ci-dessous formule des questions prioritaires de recherche et / ou d'évaluation capables de

présenter de l'intérêt dans un pays⁸⁷. Une liste plus complète se trouve dans la boîte à outils à la fin de cette section.

- Les ASC sont-ils en mesure d'évaluer, classer et traiter diverses maladies dans le cadre de la PEC-C intégrée ?
- Quel est l'impact de la PEC-C sur la résistance aux antimicrobiens ?
- Quel est l'impact des médicaments administrés avant la référence sur les résultats cliniques des enfants atteints de maladie grave ?
- Quel est le coût et le rapport coût-efficacité de la PEC-C et quelles sont les méthodes idoines pour le recouvrement des coûts et le financement ?
- Quels sont les effets de la PEC-C sur le système de santé (composition de l'ensemble des patients, nombre de patients, etc.) ?

Poursuivre le dialogue : partager des données nationales sur l'efficacité et la qualité avec les décideurs pendant et après le projet pilote. Une réunion politique plus officielle avec la participation des responsables du MSP et d'autres parties prenantes est généralement organisée à l'issue d'un projet pilote. (La boîte à outils contient un exemple d'une note de synthèse préparée pour le Ministère de la Santé éthiopien. Le document recommande la PEC-C de la pneumonie infantile en s'appuyant sur les résultats d'un projet pilote.) Cependant, le plaidoyer ne s'arrête pas à ce stade. En effet, le plus souvent il s'élargit, tout comme le nombre et la localisation des parties prenantes, si le projet à petite échelle a réussi et on a décidé de développer la PEC-C.

Obtenir de l'appui au niveau du district

Il est extrêmement important d'obtenir le soutien des autorités locales (même si ce ne sont pas elles qui prennent la décision finale). Des fonctionnaires du district ou autres responsables au niveau subnational peuvent devenir militants de la PEC-C aux niveaux supérieurs. L'engagement des parties prenantes au niveau du district en faveur de la PEC-C a également une influence notable sur la mobilisation communautaire.

Il est essentiel de comprendre les connexions entre le système de santé et les services compétents du gouvernement local. Ceci est particulièrement pertinent dans les contextes décentralisés, où les autorités locales assurent la formulation des politiques du système sanitaire afin de déterminer les priorités et allouer les fonds.

Les autorités du district ou municipales, les dirigeants élus, les agents de santé et les groupes communautaires font partie du public auquel les efforts de plaidoyer s'adressent à ce niveau. Des réunions conjointes avec des équipes de santé du district, des représentants des organes administratifs et législatifs ainsi que des groupes de femmes et de jeunes peuvent être des outils efficaces du plaidoyer. Cela permet également de motiver les gens qui y seront impliqués : les agents de santé, le personnel des formations communautaires et les membres de la communauté.

Identifier et soutenir les champions au niveau du district. Les champions au niveau du district et du sous-district peuvent être en mesure de transmettre des messages en faveur de la PEC-C plus efficacement que les acteurs des programmes ou des organismes externes. Par exemple, après avoir mené avec succès la phase de démarrage d'une PEC-C dans le district de Thiadiaye au Sénégal, l'équipe de santé du district a visité d'autres districts et régions pour partager les résultats, et les inciter à envisager le développement d'une approche PEC-C chez eux.

Lorsque vous débutez une PEC-C, les champions au niveau du district pourraient avoir besoin d'une formation pour qu'ils puissent décrire la PEC-C et comprendre la théorie sur laquelle cette approche est basée. Ils ont également besoin d'être convaincus que la défense de cette nouvelle stratégie ne leur nuira pas professionnellement.

Rechercher des opportunités pour démarrer dans les systèmes de santé efficacement décentralisés. Si au niveau national, les décideurs sont réticents à aller de l'avant, les autorités dans un ou plusieurs districts ou régions dans les systèmes décentralisés peuvent être enthousiastes et prêtes à innover. Ces situations offrent la possibilité de stratégies ascendantes pour obtenir des preuves nationales et de passer ensuite à l'expansion du programme (Encadré 16).

ENCADRÉ 16 : DÉMARRER LÀ OÙ LE SOUTIEN EST EN PLACE⁸⁸

Au **Nicaragua**, le Ministère de la Santé centrale était réticent à autoriser les ASC à distribuer les antibiotiques. En même temps, le bureau régional du Ministère de la Santé dans le département du León a lancé une expérience de traitement du paludisme et de la leishmaniose assurée par les bénévoles. Un système de santé existant à base communautaire et des activités de promotion de la nutrition semblaient être une plate-forme idéale pour la PEC-C. La demande et la confiance dans la faisabilité de la stratégie étaient les plus élevées dans les zones les plus éloignées du chef-lieu du département. Le Ministère de la Santé régional, qui a le pouvoir de décision dans les programmes de santé, était prêt à tester la PEC-C. Après beaucoup de dialogue et de consultations à travers un groupe de travail national, le Ministère de la Santé central a donné son accord pour un projet pilote dans 35 communautés du León.

Les changements et l'acceptation au sein du Ministère de la Santé central ont commencé à la périphérie. Un processus participatif qui associait des parties prenantes du León a conduit à une plus grande acceptation au niveau national. Le ministère et les autorités municipales ont exprimé une grande fierté quant au succès du projet pilote. Les autorités centrales ont été assurées que la PEC-C pourrait être conçue et adaptée au contexte spécifique, plutôt que d'être appliquée comme une stratégie « préemballée ». En l'espace de 9 mois, le Ministère de la Santé central a fait de la PEC-C une composante de la stratégie nationale de promotion de la santé communautaire, et partant, une politique officielle dans les communautés éloignées de la « catégorie C » (celles avec une population inférieure à 15 000). Cette approche a été incorporée par la suite à la stratégie de réduction de la pauvreté nationale.

Associer le personnel des formations sanitaires afin d'obtenir leur adhésion à la PEC-C.

Le personnel des formations sanitaires peut montrer une variété de réactions au sujet de la PEC-C. Ils pourraient la considérer comme une opportunité, tout en reconnaissant qu'elle peut augmenter l'accès au traitement. Ils pourraient réaliser que le traitement communautaire souvent réduit le nombre de cas de routine dans une formation sanitaire, laissant au personnel plus de temps pour les cas difficiles. En revanche, les employés de la clinique pourraient aussi craindre que les ASC les supplantent, ou de quelque façon dévaluent leurs compétences et leur formation. Ils peuvent appréhender que la supervision et les rapports demandés soient ajoutés à leur charge de travail déjà lourde. Lorsque les frais d'utilisation sont en place, les prestataires des formations sanitaires risquent de voir les ASC comme des concurrents pour les revenus.

Pour accroître le soutien à la PEC-C parmi le personnel des formations sanitaires, les mesures suivantes sont utiles :

- Communiquer tôt les informations sur le programme proposé, en donnant au personnel de la clinique plus de temps pour le comprendre, exprimer ses préoccupations et peut-être même intégrer celles-ci à la conception.
- Rendre clair que les employés de la clinique sont les dirigeants et gestionnaires du programme, chargés de superviser et de gérer une équipe d'ASC qui aura, elle, de nouvelles tâches et compétences. Ainsi, si la PEC-C peut augmenter la charge de travail des prestataires des formations sanitaires, elle peut aussi augmenter leur prestige.
- Réduire au minimum l'augmentation de la charge de travail que cette responsabilité implique en fournissant des ressources supplémentaires, notamment en finançant un poste supplémentaire pour effectuer la supervision, quand c'est possible.
- Donner au personnel de la clinique du feedback régulier sur les réussites du programme, en s'assurant que leur mérite est reconnu lorsque les ASC qu'ils supervisent obtiennent de bons résultats. Les données qui feront partie de ce feedback serviront aussi à diminuer les préoccupations que les ASC risquent d'avoir. Par exemple, des données ou exemples témoignant que l'utilisation de la clinique n'a pas diminué ou que les ASC fournissent des services de bonne qualité.
- Actualiser les compétences techniques du personnel des formations sanitaires en matière de PCIME, afin qu'ils puissent en toute confiance assurer la gestion des cas, gérer les références et former les ASC.

ENCADRÉ 17 : UN PRESTATAIRE DE FORMATION SANITAIRE PARLE DES AVANTAGES DE LA PEC-C⁸⁹

Quelques mois seulement après que ses agents de santé avaient reçu une formation en PEC-C, le responsable du programme s'est adressé à un prestataire de formation sanitaire de première ligne de la circonscription. Celui-ci lui a dit, « L'infirmier qui gère la formation sanitaire a exprimé sa satisfaction du travail des ASC après leur formation pour traiter les enfants contre la fièvre, la diarrhée et la pneumonie. Sa charge de travail s'est considérablement réduite, et il est heureux de voir moins d'enfants malades, en particulier ceux qui sont référés par les prestataires communautaires dans la circonscription, ce qui lui permet de traiter les cas plus graves. »

Créer ou renforcer des attitudes et compétences pour l'interaction communautaire constructive au niveau du district et des formations sanitaires. Le personnel des formations sanitaires peut avoir besoin d'une réorientation et d'une formation sur des attitudes et compétences nécessaires à l'interaction avec les communautés. Il s'agit en particulier des superviseurs des ASC et d'autres agents qui travaillent directement avec les membres de la communauté. La Section V, « Amélioration de la qualité de la PEC-C », et la Section VI, « Augmentation de la demande », décrivent plus en détail le contenu de la formation et des méthodologies pour le personnel des formations sanitaires.

Veiller à ce que les ASC bénéficient d'un fort soutien du district et de la direction des formations sanitaires. Pour manifester le soutien aux ASC, il est primordial de développer et maintenir un plan de motivation, dont on parlera plus en détail dans la Section IV, « Augmentation de l'accès ».

Développer les capacités organisationnelles

La PEC-C est une stratégie nouvelle, et les partenaires au niveau du district et aux niveaux plus élevés peuvent avoir des capacités limitées pour la mettre en œuvre et garantir sa pérennité. Pour la PEC-C, les zones qui ont souvent besoin d'amélioration sont

- la logistique et l'approvisionnement en médicaments,
- les systèmes d'information de gestion de la santé et l'utilisation des données pour la prise de décisions,
- la gestion financière,
- la gestion des ressources humaines,
- la supervision et
- l'évaluation.

Les gestionnaires devraient aborder le renforcement des capacités de manière aussi systématique qu'ils abordent les interventions techniques. Souvent, le renforcement des capacités se concentre exclusivement sur la formation. Bien que la formation soit très importante, elle n'est pas suffisante pour améliorer la

performance organisationnelle. Par exemple, si les compétences en supervision de soutien sont souhaitées, le modelage du comportement, la cotutelle et d'autres formes de formation sur le tas peuvent être plus efficaces qu'une formation officielle. Plutôt que de sauter directement à la réponse de la « formation », le renforcement des capacités efficace commence par l'esprit d'équipe, aborde l'identification des problèmes, puis sélectionne les stratégies et les activités visant à améliorer la performance, avec la participation de multiples parties prenantes.

Étapes d'un processus de renforcement des capacités. Le renforcement des capacités n'est pas un processus linéaire, et certaines mesures peuvent se chevaucher. Par exemple, l'analyse de situation devrait identifier les points faibles des capacités institutionnelles, tandis que la planification devrait inclure des stratégies pour y remédier.

1. Développer ou renforcer le partenariat avec un partenaire local (ou des partenaires locaux).
2. Effectuer l'évaluation initiale de la capacité organisationnelle.
3. Formuler des stratégies de renforcement des capacités liées aux objectifs du programme ainsi que des aspects de la capacité, mutuellement identifiés et avancés par l'évaluation, qui sont des sujets de préoccupation.
4. Concevoir un plan pour surveiller et évaluer les progrès⁹⁰.

Pour les besoins de suivi et d'évaluation, certains indicateurs de la capacité peuvent se déduire des indicateurs des résultats du programme. Par exemple, la disponibilité des médicaments pour la PEC-C au point d'approvisionnement (un indicateur de l'accès à la PEC-C) est également un indicateur de la capacité organisationnelle en matière de logistique et de gestion de l'approvisionnement.

Le renforcement des capacités est un processus dynamique, et des acquis en matière de capacité sont rarement constants. Par exemple, les changements de personnel peuvent entraîner des reculs. Afin de réduire le risque de régression, le renforcement des capacités doit être focalisé sur des outils et des processus, plutôt que sur un ou deux individus. La planification de programmes d'expansion a besoin de tels outils et processus afin de renforcer les capacités sur une échelle beaucoup plus grande. La boîte à outils cite plusieurs ressources destinées à renforcer les capacités.

Créer des partenariats avec les communautés pour améliorer l'accès, la qualité, la demande et le potentiel pour la viabilité

La PEC-C réussie a besoin des liens solides entre les communautés et le système de santé.

Directives générales pour travailler avec les communautés

Aborder les communautés en faisant preuve d'une bonne connaissance et du respect. La PEC-C ne peut réussir que si les communautés y sont impliquées, si elles ont le sentiment d'appropriation. Avant de s'y associer, elles se posent souvent les questions suivantes : Êtes-vous ici pour nous aider à résoudre nos problèmes, ou seulement pour plaire au bailleur de fonds et pour mettre en œuvre un programme ? Poursuivez-vous nos objectifs ou seulement les vôtres ? Êtes-vous prêts à écouter ce que nous avons à dire ? Les communautés obtiennent des réponses à ces questions en observant comment les représentants d'un programme les abordent. Bien qu'il n'existe pas de formules standards pour le succès, et des approches communautaires efficaces varient souvent beaucoup d'un pays à l'autre, les suggestions ci-dessous vous seront peut-être utiles.

Soyez attentif aux signaux que vous envoyez lorsque vous abordez les communautés. Les représentants d'un programme envoient toutes sortes de signaux qui en disent long sur la façon dont ils envisagent de travailler. Ces signaux touchent au mode de transport, au code vestimentaire, au temps passé à écouter les membres de la communauté, et même à la répartition hommes-femmes au sein de l'équipe (Figure 5). Par exemple, une équipe arrive dans un village dans une voiture de luxe ou dans un quatre-quatre, explique rapidement les objectifs du programme et ce qui est attendu des communautés, puis donne juste quelques minutes aux membres de la communauté pour s'exprimer, en disant qu'on doit passer au village suivant et que la chaleur est insupportable. Comparez cet exemple à celui d'une équipe à deux personnes qui arrive à moto, salue le chef et discute du retard préoccupant de la saison des pluies avant de passer à la PEC-C. Dans leur discours, les deux équipes utilisent peut-être les mêmes mots, mais ils communiquent différemment et risquent d'obtenir des réponses différentes.

FIGURE 5 : DEUX ÉQUIPES ABORDENT LES COMMUNAUTÉS : LES SIGNAUX QU'ELLES ENVOIENT SONT-ILS DIFFÉRENTS ?



Source : Comité de Secours Internationaux

Communiquer des signaux corrects prendre peut-être plus de temps, mais la différence entre se précipiter et s'écouter est souvent peu en temps réel. Comme pour le médecin qui prend le temps d'écouter le patient expliquer ses symptômes, cet investissement sera remboursé plus tard par une plus grande crédibilité et efficacité.

Utilisez les intermédiaires compétents qui inspirent confiance. Dans de nombreux cas, il est utile de travailler avec un intermédiaire, une personne qui habite près de la communauté et inspire sa confiance, mais qui a aussi une bonne compréhension de la PEC-C et d'autres facteurs externes. L'intermédiaire peut présenter le personnel du programme ou du district, comme c'est le cas dans de nombreuses cultures, et anticiper les difficultés dans le processus décisionnel. Par exemple, un agent médical du district peut désigner un gestionnaire de formation sanitaire très respecté pour sa conduite et son engagement dans la résolution des problèmes locaux pour qu'il prenne les devants en abordant les communautés.

Soyez informé sur ceux qui prennent les décisions. Les communautés sont complexes et varient même au sein de la même zone. Dans certains endroits, la prise de décision est démocratique, et tous les membres du village, hommes et femmes, jeunes et vieux, peuvent se prononcer. Dans d'autres endroits, la prise de décision est concentrée entre les mains de quelques personnes, ou il y a une inégalité entre les sexes. Même dans ce dernier cas de figure, il y a des variations : les décideurs peuvent être respectés et leurs décisions acceptées même si elles ne sont pas prises de façon démocratique, ou les décisions peuvent être ressenties amèrement par un groupe qui se sent systématiquement exclu. Il est important d'être particulièrement prudent dans les villages ou les pays exposés dans leur passé aux tensions sociales ou aux préjugés sexistes. Quelle que soit la culture, des décisions, telles que qui aura la responsabilité de la distribution des médicaments, seront prises plus facilement et seront moins susceptibles d'être contestées si plus de gens y participent⁹¹.

Prenez en compte ce qui existe déjà ou ce qui est bien connu. L'analyse de situation devrait fournir une bonne compréhension des rôles locaux et nationaux et des possibilités pour les communautés de participer au système de santé. De nombreuses communautés ont déjà des comités de santé ou d'autres structures, en particulier les communautés dans lesquelles les programmes PCIME-C sont en cours.

Facilitez la prise de décision communautaire dans la mesure du possible. Alors que les stipulations politiques du MSP ou des bailleurs de fonds peuvent établir à l'avance certains paramètres de la PEC-C (par exemple, les maladies et les groupes d'âge qui sont au cœur de la PEC-C), les communautés peuvent se prononcer pour déterminer le profil des prestataires, comment les médicaments seront stockés et qui assurera la supervision du programme.

Démarrez dans les communautés avec une large participation et des dirigeants dynamiques. Des exemples de communautés où la mise en œuvre et la gestion de programmes ont réussi faciliteront le renforcement des capacités dans des contextes moins organisés. Certaines communautés excellent en autosuffisance, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans d'autres. L'identification des tels points de départ pour la PEC-C augmente les chances de la réussite.

Soyez conscient des difficultés potentielles afin de les éviter. L'exclusion systématique des représentants de certains groupes (par exemple, les femmes, les minorités ethniques ou les membres d'un parti politique) et l'intérêt personnel (par exemple, des dirigeants communautaires qui n'associent que les membres de leur famille à la prise de décision) peuvent survenir et entraver la participation. Là où il y a des antécédents de non concertation, les gestionnaires peuvent plaider en faveur de la représentation de toute la communauté, en démontrant ses bénéfices.

Une structure de gestion communautaire est un moyen de partager les responsabilités avec le système de santé. Une structure de gestion communautaire—tel qu'un comité de santé du village ou un conseil de santé communautaire—permet de créer une meilleure gouvernance au niveau local, c'est-à-dire un partage des responsabilités avec le système de santé pour atteindre les objectifs : la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé. La structure de gestion communautaire est souvent une des composantes les plus faibles de la PEC-C ou d'un autre programme de santé communautaire. La formation, le tutorat et le soutien offerts à ce groupe sont souvent insuffisants.

Une structure de gestion communautaire contribue à

- renforcer le respect, la crédibilité et la motivation des ASC ;
- sensibiliser à la PEC-C ;
- garantir que les messages et les services sont appropriés, compris et utilisés ;
- sélectionner les ASC ;
- responsabiliser les ASC ;
- renforcer les liens entre la communauté, le système de santé local et d'autres organismes décisionnels⁹² ;
- renforcer l'association de la communauté à la PEC-C et la responsabilité de la communauté pour la PEC-C ;
- favoriser les capacités de gestion des initiatives de santé et de développement, qu'elles soient en cours ou à venir ;
- renforcer la gouvernance et la responsabilité locale et
- encourager la propriété et l'autonomisation communautaire, jetant ainsi les bases de la durabilité des pratiques de santé recherchées.



Objectifs d'une structure de gestion communautaire. Les objectifs d'une structure de gestion communautaire au sein des initiatives PEC-C peuvent comprendre

- assurer un système de soutien pour les ASC,
- travailler avec les ASC en vue de mobiliser la communauté pour utiliser et améliorer la PEC-C,
- faciliter la communication entre le système de santé du district et l'administration locale et
- plaider en faveur de la PEC-C et des ASC dans la communauté et dans le district.

Caractéristiques de la réussite des initiatives de gestion communautaire.

Les initiatives de gestion communautaire réussies qui contribuent à la participation, à l'appropriation et à la viabilité des efforts de santé au sein des communautés ont les caractéristiques communes décrites ci-dessous.

Participation dès le départ. Les communautés devraient être impliquées dans la promotion et la planification de la PEC-C, dès le départ.

Rôle bien défini. Les comités qui fonctionnent bien peuvent formuler leurs rôles, leurs responsabilités et leur rapport à d'autres groupes, y compris les ASC, les formations sanitaires et les autorités de santé du district.

Liens avec la structure de santé officielle. Pour réussir le soutien et le plaidoyer, les comités ont besoin de mécanismes de communication avec la formation sanitaire la plus proche ou ses représentants. Ce partenariat peut inclure le partage des données, le renouvellement des stocks, la coordination des projets pour augmenter la couverture des services et la résolution conjointe des préoccupations de la communauté ou de la formation sanitaire.

Relations saines avec les ASC. Lorsque les ASC ont l'appui du comité communautaire, leur partenariat avec la communauté est plus fort. Il en résulte une meilleure acceptation des ASC et une plus large portée des services. Un tel appui peut comprendre un suivi régulier pour la résolution conjointe des problèmes, une facilitation conjointe des forums sur la santé ou des séances de communication du feedback de la communauté, des efforts de plaidoyer pour un approvisionnement suffisant, l'appui pour la référence des patients et la mobilisation communautaire pour le changement de comportement, en particulier, pour la reconnaissance rapide des signes de danger et le recours dans les meilleurs délais aux soins dispensés par les ASC.



Protocoles de fonctionnement. Les comités qui ont des protocoles pour définir leur fonctionnement sont plus fonctionnels, efficaces et durables. Il peut s'agir de règles de base pour les réunions telles que les suivantes : être à l'heure, parler

du travail et éviter les sujets personnels, parler dans sa propre langue, préparer l'ordre du jour et le présenter au début de la réunion, rédiger le compte rendu et définir des mesures de suivi à chaque réunion.

Utilisation des données et suivi de la qualité. La dissémination de l'information, le partage des données et des résultats et la célébration des succès permettent de générer le sentiment d'appropriation parmi les membres de la communauté, assurer la responsabilité envers le public et le bon fonctionnement du comité et susciter l'intérêt communautaire. Les données doivent être présentées sous une forme facilement compréhensible pour tous.



Communication avec toute la communauté. Pour être réellement représentatif, un comité doit être connu par toute la communauté, attentif aux informations reçues et capable de fournir du feedback. Les réunions communautaires sur l'avancement du programme, les progrès et les réalisations doivent être organisées au moins trimestriellement. C'est le moment idéal pour apprendre de la communauté ce qui fonctionne bien et ce qu'il faut améliorer.

Formations et actions continues pour renforcer les capacités. Les comités qui reçoivent une formation continue (y compris l'encadrement-apprentissage et le tutorat « sur le tas ») obtiennent de meilleurs résultats et augmentent la portée, la couverture et la poursuite des initiatives du programme. La formation peut inclure la compréhension et la présentation des données de santé à la communauté, les techniques de plaidoyer pour la résolution des problèmes et la mobilisation des ressources, les techniques participatives pour encourager la communauté à planifier et agir et les techniques de résolution des conflits.

Analyser les avantages et les inconvénients du travail avec une structure existante. De nombreuses communautés ont des comités de santé villageois ou l'équivalent. De tels comités se créent parfois grâce aux initiatives prises au niveau du pays ou du district pour encourager les processus démocratiques et améliorer la responsabilité des autorités locales et leur réactivité aux préférences de la population. Les comités s'établissent également dans le cadre de programmes de santé communautaire en cours, dont les initiatives PCIME-C sont un exemple. Toutefois, travailler avec une structure communautaire existante n'est pas toujours possible ou préférable. Dans la mesure du possible, les efforts visant à améliorer les structures existantes doivent être prioritaires. Le Tableau 6 donne un aperçu des avantages et des inconvénients à examiner et à traiter, si nécessaire.

TABLEAU 6 : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU TRAVAIL AVEC LES STRUCTURES DE GESTION COMMUNAUTAIRE

AVANTAGES POSSIBLES	INCONVÉNIENTS POSSIBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Démarrage rapide • Membres du comité se connaissent déjà • Cohésion et confiance établies • Volonté confirmée de soutenir les activités communautaires • Soutien aux initiatives qui ont favorisé les activités des comités, telles que la réforme de la santé ou la décentralisation ; opportunité de renforcer les initiatives • Évite d'affaiblir la structure existante en la remplaçant par une structure nouvelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation inéquitable : les groupes minoritaires et / ou les personnes les plus concernées et intéressées par la PEC-C ne sont pas représentées • Structures existantes surchargées, avec déjà de multiples responsabilités • Opérations autocratiques : peu de possibilités de participation active et ouverte • Perception négative de la part de la communauté : méfiance du processus de sélection des membres du comité et / ou méfiance de son fonctionnement • Structure actuelle vise des objectifs différents de ceux de la structure proposée

Étapes à suivre pour créer un nouveau comité ou renforcer un comité existant. Qu'il s'agisse d'établir une nouvelle structure de prise en charge ou de travailler avec une structure existante, plusieurs étapes sont les mêmes ; voir le Tableau 7. L'ordre peut changer en fonction de la situation locale.

TABLEAU 7 : ÉTAPES À SUIVRE POUR LA CRÉATION D'UN NOUVEAU COMITÉ OU LE RENFORCEMENT D'UN COMITÉ EXISTANT

CRÉATION D'UN NOUVEAU COMITÉ	RENFORCEMENT D'UN COMITÉ EXISTANT
Si nécessaire, compléter les informations d'analyse de situation avec d'autres données pour comprendre la composition de la communauté, les réseaux et groupes sociaux, et les initiatives locales ou nationales de décentralisation du système de santé qui incluent le fonctionnement des comités de santé communautaire.	
Réformer et réorienter le personnel du district, des formations sanitaires et des programmes pour faciliter les efforts de mobilisation communautaire.	
Rencontrer les leaders communautaires pour discuter des objectifs et finalités du programme, et pour planifier la mobilisation de la communauté en vue de sa participation.	Faciliter le feedback des membres du comité et de la communauté concernant le rôle, la perception et le fonctionnement du comité existant.

CRÉATION D'UN NOUVEAU COMITÉ	RENFORCEMENT D'UN COMITÉ EXISTANT
Assurer la mobilisation à l'échelle communautaire en faveur du programme de la PEC-C et sélectionner les membres du comité.	
Dispenser aux membres du comité une formation initiale qui touche à la définition des objectifs du comité, aux rôles respectifs et aux protocoles de fonctionnement.	Dispenser avec le comité une formation pour affiner les rôles par rapport à la PEC-C et en réponse au feedback reçu sur le fonctionnement du comité jusqu'à ce jour.
Présenter le comité, son rôle et son plan d'action à l'ensemble de la communauté en encourageant le dialogue et le feedback.	Assurer la mobilisation à l'échelle communautaire en faveur de la PEC-C et présenter le rôle additionnel ou réadapté du comité et son plan d'action ; encourager le dialogue et le feedback.
Mettre en œuvre un plan d'action.	
Présenter l'avancement et les résultats du programme à l'ensemble de la communauté, solliciter et collecter du feedback sur la planification des actions (au moins une fois par trimestre).	
Assurer le suivi et la formation continue, ainsi que l'appui aux activités et au fonctionnement du comité.	
Actualiser et réviser les plans d'action en fonction de la qualité du programme, les résultats et le feedback reçu.	

Orienter l'action de la structure de gestion communautaire et former ses membres. La planification de la formation commence par la collecte du feedback des membres du comité sur les compétences et les connaissances nécessaires pour aider le comité à atteindre ses objectifs et mener à bien ses rôles définis. Dans certains pays où la réforme du système de santé est en cours, des cursus de formation destinée aux structures de gestion communautaire sont disponibles auprès du MSP. Le Tableau 8 présente des sujets de formation possibles pour une structure de gestion communautaire. Certains sujets s'appliquent à plusieurs thèmes.

TABLEAU 8 : SUJETS DE FORMATION POSSIBLES POUR UNE STRUCTURE DE GESTION COMMUNAUTAIRE

GESTION DU COMITÉ	COMPRÉHENSION DE LA PEC-C
<ul style="list-style-type: none"> Rôle du comité de gestion Règles de base pour les réunions et les protocoles de fonctionnement (fréquence, documentation, langue à utiliser, respect des horaires) Suivi du fonctionnement efficace du comité de gestion Gestion et contrôle de l'approvisionnement en médicaments essentiels Gestion et contrôle de la trésorerie (si le recouvrement locale des coûts est en place) Résolution de conflits 	<ul style="list-style-type: none"> Epidémiologie de maladies parmi les enfants de moins de 5 ans Compréhension et interprétation des données sanitaires prévues dans le suivi
COLLABORATION AVEC LA COMMUNAUTÉ	COLLABORATION AVEC LES ASC
<ul style="list-style-type: none"> Techniques de mobilisation communautaire Techniques de communication et messages pour encourager les principales pratiques familiales, en particulier la reconnaissance rapide des signes de danger et le recours rapide aux soins dispensés par les ASC Techniques participatives pour agir sur des problèmes ou des opportunités (voir « Outils destinés à renforcer les capacités communautaires » dans la boîte à outils à la fin de cette section) Techniques de partage des données sanitaires avec la communauté et les autorités locales 	<ul style="list-style-type: none"> Rôle des ASC Suivi des performances des ASC et techniques de résolution conjointe des problèmes
COLLABORATION AVEC LA COMMUNAUTÉ	COLLABORATION AVEC D'AUTRES PARTIES PRENANTES
<ul style="list-style-type: none"> Techniques de mobilisation communautaire Techniques de communication et messages pour encourager les principales pratiques familiales, en particulier la reconnaissance rapide des signes de danger et le recours rapide aux soins dispensés par les ASC Techniques participatives pour agir sur des problèmes ou des opportunités (voir « Outils destinés à renforcer les capacités communautaires » dans la boîte à outils à la fin de cette section) Techniques de partage des données sanitaires avec la communauté et les autorités locales 	<ul style="list-style-type: none"> Établissement des liens avec d'autres groupes, tels que la formation sanitaire la plus proche, d'autres organisations à base communautaire, le gouvernement et l'administration locaux Utilisation des données sanitaires pour le plaidoyer et l'amélioration de la qualité Mobilisation des ressources

Appuyer la structure de gestion communautaire. En plus de la formation, les actions suivantes sont importantes pour le renforcement et le fonctionnement durable d'une structure de gestion communautaire.

- Si possible, désigner quelqu'un pour encadrer régulièrement la structure de gestion communautaire et assurer son bon fonctionnement. Par exemple, le comité peut recevoir la supervision formative et les conseils d'un agent de liaison communautaire attaché à l'établissement sanitaire local, d'un membre de l'équipe de gestion sanitaire du district ou du gestionnaire d'un programme PEC-C.

- Assurer l'appui et l'encadrement au moins une fois par mois.
- Définir clairement le protocole qui permet au comité de demander et bénéficier de l'aide « sur appel » ou « au besoin ».
- Favoriser l'apprentissage entre les groupes dans les réunions où les comités viennent de différentes régions géographiques ou de différentes initiatives—telles que la distribution communautaire des contraceptifs ou les comités d'eau et d'assainissement—pour partager les leçons apprises sur ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas.

Pour garantir la pérennité, considérer la viabilité financière dès le départ

Pour la pérennité de la PEC-C, il est primordial d'assurer la viabilité financière, ou l'équilibre entre les revenus du programme (le montant d'argent de toute source attribué au programme) et les dépenses (le montant d'argent qui sort).

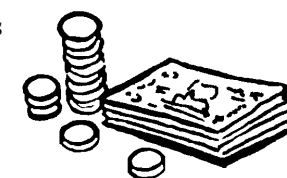
L'équilibre ne sera peut-être pas atteint au démarrage du programme, les coûts initiaux étant potentiellement plus élevés (les dépenses, par exemple, pour la formation initiale intensive, la capitalisation d'un fonds autorenouvelable pour l'achat de médicaments [FAAM], etc.). Les stratégies de viabilité financière doivent pourtant être prévues au début. Au fur et à mesure que le programme devient plus stable, il doit établir un point d'équilibre s'il tient à rester financièrement solvable. L'objectif est de contrôler les dépenses et les maintenir au plus bas niveau, tout en assurant la disponibilité et la qualité des services.

Prévoir une analyse des coûts / une analyse financière. Comme pour tout entrepreneur, l'établissement du bilan est pour les gestionnaires de la PEC-C l'occasion de faire le point de leur situation financière. À partir du bilan, ils peuvent entamer une analyse systématique des dépenses et des revenus du programme en cours. L'inflation pour les années à venir doit être prise en compte. Une matrice financière contribue à fixer les objectifs pour les revenus et à identifier les écarts entre les recettes et les dépenses.

Une analyse financière de base devrait traiter les paramètres suivants⁹³.

Revenus

- Le revenu augmente ou diminue-t-il au fil du temps ?
- Quelle est la source de financement (par exemple, les donateurs, le budget national, les honoraires ou les prêts) ?
- Les sources de revenus sont-elles fiables ?
- Sont-elles flexibles ?
- Favorisent-elles l'indépendance ?



Dépenses

- Les dépenses augmentent- ou diminuent-elles au fil du temps ?
- Quel est le solde entre les coûts de fonctionnement et les frais financiers ?
- Combien sont les frais fixes ? les frais variables ?
- Quelles sont les activités qui demandent le plus de ressources ?
- Le rendement est-il en hausse ?

Analyser les dépenses du programme. La plupart des dépenses d'un programme PEC-C établi sont des coûts récurrents. Les catégories d'un budget standard fournissent les bases de l'analyse des dépenses. Parmi ces catégories se trouvent

- le personnel ;
- la formation ;
- les fournitures médicales;
- les médicaments et
- la supervision : le transport, les per diem.

Contrôler la rentabilité des dépenses et des activités. Une matrice simple facilite le suivi de la rentabilité des activités au fil du temps. Le Tableau 9 montre une matrice qui sert à analyser la rentabilité de la formation au fil du temps, le même type d'analyse peut s'appliquer à d'autres intrants ou activités du programme.

TABLEAU 9 : MATRICE POUR ANALYSER LA RENTABILITÉ DES ACTIVITÉS DE FORMATION

	DÉPENSES PAR AN (EN US\$)		
	2003	2004	2005
Nombre d'ASC formés	100	300	350
Coût total de la formation (US\$)	10 000	20 000	21 000
Coût par personne formée (US\$)	100	67	60

Bien que le coût de la formation ait augmenté chaque année, le coût par ASC formé a diminué. Cela indique une utilisation efficace et rationnelle des fonds du programme.

Analyse des revenus du programme. Les sources possibles des revenus du programme comprennent un ou plusieurs des éléments suivants.

- les fonds des donateurs pour le démarrage et la « transition » (financement partiel) jusqu'à ce que la viabilité financière soit assurée
- le financement du gouvernement
- la collecte de fonds locaux
- le recouvrement des coûts, y compris les fonds autorenewables pour l'achat de médicaments (FAAM)

Typiquement, pendant les 3 à 5 premières années, la PEC-C et autres initiatives de santé fonctionnent grâce aux fonds provenant des donateurs et du gouvernement.

Même les programmes matures cherchent des financements additionnels afin de pouvoir réaliser de nouveaux investissements importants, par exemple, l'achat de fournitures ou manuels de traitement supplémentaires, l'extension du programme à de nouveaux domaines ou la mise en œuvre d'un nouveau module de formation.

À partir de ce moment, atteindre la viabilité financière à part entière devient un objectif. Si nécessaire, il s'agira de militer pour que la PEC-C devienne une pratique d'usage au sein du système national de santé, dont les coûts de fonctionnement sont absorbés par les budgets nationaux et locaux.

Fonds des donateurs. De nombreux mécanismes mondiaux de financement sont des sources de financement actuelles et futures pour la PEC-C. Par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est une institution internationale de financement qui soutient, à grande échelle, les programmes de prévention, de traitement et de soins qui luttent contre ces trois maladies⁹⁴.

La coopération bilatérale est une autre source de financement. Les mécanismes de financement possibles comprennent l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, un programme du gouvernement des États-Unis avec des ressources consacrées à la lutte contre le paludisme dans 15 pays africains⁹⁵ ; la Coopération belge au développement ; et l'AusAID, le programme d'aide internationale du gouvernement australien.

La planification à long terme devrait explorer la possibilité d'incorporer la PEC-C aux mécanismes nationaux de planification et de financement à grande échelle, tels que les Stratégies de réduction de la pauvreté⁹⁶, comme on l'a vu au Nicaragua (Encadré 16). Ces stratégies sont des cadres pour aider les pays à formuler leurs priorités de développement et à préciser les politiques, les programmes et les ressources dont ils auront besoin pour atteindre leurs objectifs, y compris les OMD.

Bien qu'elles ne soient pas une source de financement pour la PEC-C, les initiatives de partenariat mondial consacrées aux maladies traitées dans la PEC-C peuvent exercer une influence pour aider les programmes à obtenir du financement des donateurs et / ou des gouvernements. Citons trois exemples : l'Initiative catalytique, qui regroupe de nombreux organismes internationaux afin de renforcer les systèmes de santé en fournissant des services de santé et de nutrition pour sauver la vie des enfants défavorisés et des femmes enceintes⁹⁷ ; le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, avec son secrétariat à l'OMS⁹⁸, et le Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie (GAPP), initié par l'OMS et l'UNICEF⁹⁹.

Les fonds du gouvernement. Même si le financement du gouvernement ne couvre pas tous les coûts du programme, il peut couvrir des composantes essentielles, telles que le personnel, les déplacements pour assurer le suivi, et / ou l'acquisition et la distribution de médicaments. Des fonds seront peut-être également disponibles du gouvernement national et des gouvernements des provinces

et districts pour la formation et le développement des ressources humaines dans le domaine de la santé. Le sentiment d'appropriation est un élément clé dans l'obtention de financement du gouvernement pour les programmes, mais ceci demande des investissements importants en temps et énergie (Encadré 18).

Il serait utile stratégiquement de relier la PEC-C à un programme qui bénéficie d'un financement stable du MSP. Par exemple, lorsqu'au niveau central on met l'accent sur la lutte contre le paludisme, il serait possible de mobiliser les fonds et d'inciter l'intérêt en faveur de la PEC-C du paludisme. On pourrait y ajouter la pneumonie et la diarrhée à un coût beaucoup plus faible.

Le financement au niveau local ou du district. Dans les systèmes décentralisés, l'autonomie de la municipalité ou du district en matière de conception et prestation des formations sanitaires peut offrir la possibilité de financement des médicaments, des fournitures, du personnel ou des activités liées à la PEC-C.

Mobilisation de fonds locaux. La mobilisation de fonds locaux constitue une source potentielle de revenus souvent ignorée. Si les fonds mobilisés grâce à ce mécanisme sont généralement modestes et ne couvrent pas la majorité des dépenses, ils aident tout de même à équilibrer le budget. Les sources possibles pour mobiliser des fonds locaux sont

- des donateurs individuels qui vivent dans ou près de la zone du programme ;
- des associations de « soutien au village » créées par des anciens habitants de petits villages qui se sont installés dans les grandes villes du pays ;
- des groupes de citoyens ou de personnes vivant à l'étranger, en particulier ceux qui sont associés aux communautés dans lesquelles la PEC-C se développe ;
- des organismes de service internationaux, tels que Rotary International, ou les divisions nationales de ces organisations internationales ;
- les sociétés nationales et
- les sociétés multinationales avec une présence locale dans l'industrie manufacturière ou d'autres secteurs.

On faisant preuve de créativité, on découvrira peut-être d'autres sources de revenu au niveau local.

Mécanismes de recouvrement des coûts. Les mécanismes de recouvrement des coûts ou les revenus de frais facturés aux clients représentent une autre source de financement de la PEC-C. Si les clients sont en mesure de payer, ils peuvent être facturés pour tout service. Dans le cas de la PEC-C, ils pourraient être facturés pour la consultation plutôt que pour les médicaments. Bien que les honoraires de services puissent accroître la viabilité financière, ils sont difficiles à surveiller. En plus, les membres les plus pauvres d'une communauté seront exclus, à moins qu'un moyen d'assurer la gratuité des soins pour eux soit mis en place.

Quelques programmes ont intégré les activités génératrices de revenus (par exemple, la production et la vente de l'artisanat local ou des aliments) comme option de financement. Mais ces activités demandent de l'énergie et de l'attention, au détriment des activités de santé. Des systèmes d'assurance maladie, parfois appelés des mutuelles de santé, constituent un autre mécanisme de financement possible pour la PEC-C. Dans le cadre de ces programmes d'assurance maladie volontaire, organisés à petite échelle et gérés de manière participative, les membres versent une petite cotisation annuelle pour couvrir une partie des frais pour les soins de santé, souvent pour les médicaments. Certains programmes sont entièrement financés au niveau local ; d'autres partagent leurs coûts avec le gouvernement¹⁰⁰.

Vu que la demande des membres de la communauté en matière de médicaments est traditionnellement élevée et qu'il est facile de comptabiliser ces articles tangibles, les FAAM constituent un mécanisme courant de recouvrement des coûts dans le contexte de la PEC-C. La Section IV, « Augmentation de l'accès », répond en détail aux questions sur les FAAM. Les FAAM sont souvent conçus de telle sorte que les revenus générés ne couvrent que les frais pour l'achat des médicaments, et non pas les autres coûts récurrents du programme (la supervision, la formation, etc.). D'autres sources de revenu seront donc nécessaires pour atteindre le point d'équilibre financier.

ENCADRÉ 18 : BIEN QUE LENT ET SOUVENT DIFFICILE, LE PROCESSUS DE PLAIDOYER CONTRIBUE À LA CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE¹⁰¹

En 2007, avec l'implication des pharmacies communautaires (*boticas*), qui fournissent des médicaments et assurent un traitement de base dans les communautés rurales reculées, une initiative PEC-C en **Bolivie** risquait de prendre fin lorsque les fonds attribués par un donateur ont été épuisés. Mis en œuvre comme une initiative parallèle, ce programme avait peu de rapports avec le système de santé du gouvernement aux niveaux national et local. En l'absence des structures de santé du gouvernement pour gérer la supervision et la logistique des *boticas*, il serait impossible d'assurer la qualité des services et l'approvisionnement ininterrompu en médicaments.

Save the Children a organisé une campagne de sensibilisation pour mieux relier les *boticas* au système de services d'approvisionnement en médicaments du MSP. En même temps, l'initiative de Save the Children élaborait une méthodologie pour la formation des ASC bénévoles permettant d'améliorer la qualité de services offerts. Cette initiative s'écartait du rôle traditionnel des ONG.

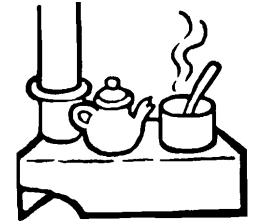
Grâce aux efforts déployés, l'implication du gouvernement a été assurée dès le départ, ce qui a permis d'établir et d'officialiser le partenariat avec les agents nationaux et départementaux (provinciaux) des unités du MSP responsables de l'initiative PEC-C. L'étape suivante consistait à procéder à un examen de diagnostic du système des *boticas* afin de documenter comment ils travaillaient et d'identifier les zones à problèmes. L'étude a révélé de nombreux points forts du programme, dont l'approbation de la population, des chefs locaux, du gouvernement et du personnel des formations sanitaires. Cette étude a également révélé que la formation des bénévoles qui géraient les pharmacies communautaires était, au mieux, aléatoire, et que les structures administratives responsables du réapprovisionnement en médicaments étaient vagues. De plus, les *boticas* avaient été établies en tant que petites entreprises avec des FAAM. La difficulté pour elles résultait du fait que le gouvernement subventionnait les médicaments disponibles dans les formations sanitaires, où ils étaient gratuits. Les membres de la communauté hésitaient à payer les bénévoles des *boticas* pour des médicaments qu'ils pouvaient obtenir gratuitement dans une formation sanitaire.

Après avoir lu le rapport, les principales parties prenantes nationales ont reconnu cette lacune dans conception de la PEC-C : la subvention des médicaments n'avait pas été prise en compte. L'une des prochaines étapes dans la démarche de sensibilisation était la conception et l'essai pilote d'un programme de formation à plusieurs niveaux, à commencer par la création d'un environnement favorable au bon fonctionnement des *boticas* pour aboutir à une formation des promoteurs des *boticas* sur les questions opérationnelles de la gestion des médicaments. Ensuite, des « formations des formateurs » ont été organisées dans tout le pays. La précision technique et la facilité d'utilisation du guide pour les gérants bénévoles des *boticas* ont été améliorées afin de garantir qu'il était conforme aux normes nationales de la PCIME-C, et un programme complet de formation sur la PEC-C a été élaboré. D'autres activités qui ont influencé le processus du plaidoyer consistaient à donner aux responsables de haut niveau du MSP l'opportunité d'observer directement la mise en œuvre de la PEC-C et de parler aux bénévoles. Le discours prononcé par un expert de PEC-C bien connu y a également contribué.

Dans l'ensemble, c'était un processus lent et souvent difficile, avec de nombreux défis tels que l'ingérence politique, l'instabilité du personnel, la lenteur bureaucratique, l'inefficacité et la divergence d'intérêts parmi les unités du MSP. Toutefois, les bénéfices l'ont emporté sur les difficultés. Les politiques ont été réorganisées pour favoriser l'équité dans l'accès aux médicaments subventionnés. Les instruments, les outils et le matériel de formation améliorés, ainsi que les formateurs pour dispenser la formation ont été mis à disposition. Bien que le gouvernement ne se soit pas engagé à financer entièrement la PEC-C, il a établi des mécanismes pour garantir que les *boticas* sont reliés à l'assurance maladie nationale couvrant les femmes et les enfants.

Contrôler l'environnement

Les indicateurs classiques d'un environnement social et politique favorable aux niveaux du pays et des districts ne nécessitent pas de techniques spéciales de collecte de données. Mais ils rappellent aux gestionnaires qu'il faut être attentif aux changements dans les politiques et dans les dirigeants politiques aux niveaux du pays, de la région, et du district, et qu'il faut tirer le meilleur parti des opportunités qui se présentent. Un conseil de district nouvellement élu pourrait accorder une plus grande priorité à la santé des enfants que l'ancien conseil, et être plus disposé à allouer des fonds aux initiatives de santé. En revanche, le renouvellement de l'administration du district pourrait entraîner la perte d'un partenaire important : le gestionnaire de santé au niveau du district. Certains changements peuvent être anticipés, d'autres non, et parfois les stratégies et les activités visant à consolider un environnement favorable doivent être recommencées.



Boîte à outils : Ressources pour un environnement favorable

Documents pour résumer les évidences en faveur de la PEC-C

Impact de la mortalité des enfants de moins de 5 ans : besoin de la PEC-C

Bryce J et al. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005, 365(9465) :1147–1152.

PEC-C de la diarrhée

WHO / UNICEF Joint statement : clinical management of acute diarrhoea. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2004 (WHO / FCH / CAH / 04.07 or UNICEF / PD / Diarrhoea / 01).

PEC-C du paludisme

Gilroy KE, Winch PJ. *Management of sick children by community health workers : intervention models and programme examples*. New York et Genève, UNICEF / OMS, mars 2006.

Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia : a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356(9229) :550–555.

PEC-C de la pneumonie

Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children : a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3(9) :547–556.

WHO / UNICEF Joint statement : management of pneumonia in community settings. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2004 (WHO.FCH / CAH / 04.06 or UNICEF / PD / Pneumonia / 01).

PEC-C de la malnutrition aiguë sévère

Community-based management of severe acute malnutrition : a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. OMS / Programme alimentaire mondial / Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies / UNICEF, 2007.

PEC-C de la septicémie néonatale (essais en milieu contrôlé)

Bang AT et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality : field trial in rural India. *Lancet*, 1999, 354(9194) :1955–1961.

Bang AT et al. Is home-based diagnosis and treatment of neonatal sepsis feasible and effective ? Seven years of intervention in the Gadchiroli field trial (1996 to 2003). *Journal of Perinatology*, 2005, 25 Suppl 1 :S62–71.

Références opérationnelles et directives

Plaidoyer

Sharma RR. *An introduction to advocacy : training guide*. Washington, DC, Support for Analysis and Research in Africa (SARA), Health and Human Resources Analysis for Africa (HHRAA), USAID, n.d.

Renforcement des capacités et institutionnalisation

Franco LM et al. *Sustaining quality of healthcare : institutionalization of quality assurance*. Bethesda, MD, the Quality Assurance Project for USAID, 2002, QA Monograph Series 2(1).

Cet ouvrage fournit un cadre général pour l'institutionnalisation des nouvelles idées. Les idées énoncées dans la section sur l'institutionnalisation suivent approximativement le cadre de ce document. Elles sont adaptées au cas de la PEC-C.

LaFond A, Brown L. *A guide to monitoring and evaluating capacity building interventions in the health sector in developing countries*. Chapel Hill, NC, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, 2003 (MEASURE Evaluation Manual Series, No. 7). (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-03-07.pdf>)

Cette référence contient un cadre pour évaluer les capacités à différents niveaux. L'accent est mis sur les unités du gouvernement (par exemple, le MSP).

Management Sciences for Health (MSH). *The health manager's toolkit*, élément du Manager's Electronic Resource Center (<http://erc.msh.org/index.cfm>).

Il s'agit d'un guide pratique détaillé, bien testé et bien connu pour réaliser les activités de renforcement des capacités. Il est centré sur les agents du MSP.

USAID / GH / HIDN / Child Survival and Health Grants Program. Technical Reference Material. *Capacity Building*, 2006.

Viabilité financière

Financing and sustainability issues. In : Quick J, ed. *Managing drug supply : the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*, 2e éd. Sterling, VA, Management Sciences for Health et OMS, 1997 :605–710.

Revolving medicine funds. In : Quick J, ed. *Managing drug supply : the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*, 2e éd. Sterling, VA, Management Sciences for Health et OMS, 1997 :688.

Compétences et mobilisation communautaires

Child health in the community : briefing package for facilitators. Document de référence (chap. 5 : C-IMCI Planning for Implementation at the Community Level). OMS / UNICEF / CORE, 2004. (http://www.coregroup.org/working_groups/imci_briefing.cfm).

Howard-Grabman L. *Demystifying community mobilization*. Baltimore, MD, ACCESS Project. 2007.

Howard-Grabman L, Snetro G. *How to mobilize communities for health and social change*. Baltimore, MD, Health Communication Partnership, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs, 2000.

Murray J, Bhattacharyya K. 1999. *Participatory community planning for child health : implementation guidelines*. Arlington, VA, BASICS Project. (Télécharger ou demander exemplaires des ouvrages à www.basics.org.)

Questions clés pour la recherche et / ou l'évaluation de la PEC-C ^{102, 103, 104}

Les ASC

- Quel est le coût et quel est l'efficacité des différentes méthodes de formation pour les ASC (analphabètes / alphabètes) ?
- Les ASC sont-ils en mesure d'évaluer, classifier et traiter diverses maladies dans le cadre d'une PEC-C intégrée ?
- Quelles sont les meilleures démarches pour améliorer et maintenir les performances des ASC ?
- Quelles sont les meilleures méthodes pour évaluer la qualité des services offerts par les ASC ?
- Comment la performance des ASC est-elle affectée lorsque la prise en charge d'une ou plusieurs maladies est ajoutée aux responsabilités existantes ?
- Quel est le nombre optimal d'ASC pour assurer une couverture quasi-totale d'une zone géographique donnée ?
- Comment les ASC impliqués dans la PEC-C peuvent-ils mieux assurer les interventions essentielles de soins au nouveau-né ?

Les pourvoyeurs de soins

- Les pourvoyeurs de soins utilisent-ils des services de la PEC-C ?
- Les pourvoyeurs de soins suivent-ils correctement les recommandations pour le traitement ?

Impact

- Quel est l'impact de la PEC-C sur la résistance aux antimicrobiens ?
- Quel est l'impact de la PEC-C sur l'utilisation des médicaments dans la communauté ?

Prise en charge des maladies

- Comment peut-on intégrer des outils disponibles (TDR, signes cliniques, minuteurs, médicaments, etc.) aux algorithmes cliniques, et quelle est la performance de l'algorithme dans les scénarios épidémiologiques différents ?
- Selon l'OMS, quelle est la durée appropriée du traitement antibiotique contre la pneumonie non sévère dans des contextes africains ?
- Les ASC peuvent-ils traiter la pneumonie sévère dans la communauté, selon l'OMS ?
- Quel est l'impact, sur les résultats cliniques des enfants atteints d'une maladie grave, des médicaments administrés avant la référence ?

Autres problématiques

- Quel est le coût et quel est le rapport coût-efficacité de la PEC-C et quelles sont les méthodes appropriées pour le recouvrement des coûts et le financement ?
- Quelle couverture réelle la PEC-C peut-elle atteindre (équité, efficacité au sein de la communauté, etc.) ?
- Comment peut-on impliquer le secteur privé dans la prestation de la PEC-C intégrée ?
- Quel est le niveau de soutien du système de santé dont la PEC-C bénéficie ?
- Quel est le niveau d'acceptation des ASC au sein du système de santé, et

comment peut-on répondre aux besoins de la PEC-C en matière de médicaments, fournitures, supervision, etc. ?

- Quel est l'impact de la PEC-C sur le système de santé (composition du clientèle, nombre de patients, etc.) ?
- Comment peut-on harmoniser les régimes posologiques pour les différents médicaments, et quels sont les effets des différentes techniques de conditionnement sur le traitement ?
- Comment l'inclusion du marketing social avec la PEC-C modifie-t-elle les indicateurs de santé de l'enfant ?
- Quelle est la relation entre la mobilisation communautaire et les comportements relatifs au recours aux soins dans les ménages ?
- Les structures de prise en charge communautaire (par exemple, comités de santé) améliorent-elles les indicateurs de santé de l'enfant ?
- Comment les données à base communautaire influencent-elles la prise de décision au niveau central au sein du MSP ?
- Quelle est l'efficacité des différents systèmes pour référer les patients ?

Exemple d'un document stratégique pour les responsables du MSP

Contrôle de la pneumonie chez l'enfant en Éthiopie

David Marsh et Tedbabe Degefie (Save the Children)

20 mai 2008

Mortalité et Morbidité. La pneumonie est la principale cause de décès des enfants dans le monde, représentant environ 2 millions de décès chaque année. Si l'on inclut la pneumonie néonatale / sepsis, ce chiffre s'élève à 2,4 millions. L'Éthiopie, à forte mortalité des enfants de moins de 5 ans due à la pneumonie et la diarrhée et à faible mortalité à cause du paludisme ¹, a près de 4 millions de cas de pneumonie chez l'enfant par an ², dont 114 000 de cas entraînent la mort ³. L'OMD 4 ne peut être atteint si on n'arrive pas à combattre ces maladies.

Couverture des interventions de lutte contre la pneumonie. La couverture nationale n'est pas élevée pour les interventions préventives contre la pneumonie : l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois (49 %), le zinc contre la diarrhée (0,2 %) ⁴ et des vaccins contre la rougeole et le DTC-HepB-Hib3 (65,2 % et 73,1 %) ⁵. La prise en charge des cas pour la toux et pour la respiration difficile ou rapide est très faible (19 % ⁶, dont seulement environ un quart [4,9 %] reçoit des antibiotiques) ; ainsi, plus de 3,8 millions de cas ne sont pas traités. Les chiffres annuels de traitements de la

1 Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361 :2226–2234.

2 Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, and Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of World Health Organization*, 2008, 86(5) :408–416.

3 UNICEF/WHO. *Pneumonia, the Forgotten Killer of Children*, 2006.

4 *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa et Calverton, MD, Central Statistical Agency [Éthiopie] et ORC Macro, 2006.

5 Federal Ministry of Health, Routine Immunization Report, 2007.

6 *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa et Calverton, MD, Central Statistical Agency [Éthiopie] et ORC Macro, 2006.

pneumonie provenant des systèmes de santé du district confirment que la couverture de traitement reste faible, avec un taux estimatif de 0,3 cas de pneumonie par enfant chaque année ⁷.

La faible couverture des interventions préventives, et surtout des interventions de traitement, est multifactorielle, impliquant des défis en matière d'accès, de qualité perçue et de demande des services ainsi qu'en matière de politiques. Contrairement à des soins préventifs qui peuvent être planifiés, le besoin en soins curatifs est imprévisible et souvent urgent. Ce n'est pas étonnant que l'accès aux formations de santé (<10 km : 63 %) ⁸ est inférieure à l'accès aux vaccinations (le DTC-HepB-Hib1 : 81,7 %) ⁹ ; de plus, la gestion des cas n'est pas disponible dans tous les établissements, et si la distance dépasse 10 km, de nombreux pourvoyeurs de soins ne peuvent pas transporter des enfants malades. La prise en charge correcte des cas de pneumonie était faible (5 %), d'après les enquêtes de l'ESHE de 2003–2004 menées dans trois régions ⁸. Moins de la moitié (45 %) des pourvoyeurs de soins ont reconnu trois signes (ou plus) de danger liés aux infections respiratoires aiguës, à la fièvre et à la diarrhée, selon les données de la même enquête ⁸. La politique éthiopienne interdit aux non-professionnels de traiter la pneumonie pour les raisons suivantes : le coût, la complexité, la surcharge des prestataires périphériques, la peur de l'abus d'antibiotiques et d'antimicrobiens, la résistance aux antimicrobiens et les préoccupations que ce n'est « pas le bon moment », entre autres.

Programme de vulgarisation sanitaire Lancé en 2004–2005, le Programme de vulgarisation sanitaire (Health Extension Program—HEP), est un programme stratégique en faveur des pauvres, ayant pour objectif la mise en application de l'ensemble de services essentiels de santé en Éthiopie ¹⁰. Au centre du programme, 30 000 agents de vulgarisation sanitaires (AVS), deux par kebele, qui dispensent « d'une manière accessible et équitable des soins de santé sélectionnés qui sont à la fois promotionnels, préventifs et curatifs afin d'atteindre tous les segments de la population, avec une attention particulière aux mères et aux enfants [...] et ceux dans les zones rurales. » En cas de paludisme, les AVS utilisent les tests de diagnostic rapide (sanguin) et Coartem[®]. Lorsque les AVS sont formés à la PCIME, ils sont en mesure d'évaluer, classer et référer la pneumonie soupçonnée, mais ils ne sont pas autorisés à la soigner. Généralement, un kebele compte environ 1 000 enfants et 300 cas de la pneumonie infantile chaque année ; ainsi, les AVS réfèrent la pneumonie soupçonnée presque tous les jours. De plus, de nombreux enfants malades présentent des signes de deux maladies : le paludisme (fièvre) et la pneumonie (respiration rapide) et nécessitent un traitement pour les deux. Traiter le paludisme et, en même temps, référer l'enfant pour le traitement de la pneumonie n'est pas toujours la meilleure stratégie. L'impossibilité de référer les malades en raison de l'inaccessibilité des formations sanitaires compromet la crédibilité des AVS et du système de soins sanitaires.

7 UNICEF/WHO. Pneumonia : the forgotten killer of children. New York et Genève, UNICEF et OMS, 2006.

8 Twelve baseline health surveys conducted in three regions—Amhara, Oromiya and Southern Nations, Nationalities, and Peoples. Addis Ababa, USAID/ESHE, 2005.

9 Federal Ministry of Health. Routine Immunization Report, 2007.

10 Federal Ministry of Health. *Essential Health Services Package for Ethiopia*, 2005.

Tendances mondiales dans le contrôle de la pneumonie La prise en charge des cas dans la communauté (PEC-C) de la pneumonie est une stratégie fondée sur des évidences ¹¹, et recommandée au niveau international ^{12,13}, pour les communautés qui n'ont pas accès à un traitement dans une formation sanitaire. La stratégie repose sur la formation, la supervision et le déploiement des ASC afin d'examiner, classer et traiter les enfants malades, en référant vers un spécialiste ceux qui sont atteints de maladies graves. La moitié (27 sur 54) des « pays du compte à rebours » concernés par les OMD, dans lesquels le taux ou le nombre de décès d'enfants sont les plus élevés, utilisent la PEC-C. Plusieurs pays envisagent de l'introduire ¹⁴.

L'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires ont conçu le « GAPP », le Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie (« Global Action Plan for Pneumonia » en anglais), afin d'accroître la prise de conscience au sujet des principales maladies mortelles chez l'enfant dans le monde, d'appeler à l'intensification des interventions et des stratégies éprouvées et d'élaborer un plan d'action ¹⁵. Les principales interventions éprouvées sont la prise en charge des cas (dans une formation sanitaire et dans la communauté), les vaccinations (coqueluche, rougeole, Hib, et Pneumovax), ainsi que l'allaitement maternel exclusif et l'administration de zinc. Le GAPP a pour objectif de réaliser cela, en partie, à travers (a) le congrès « Compte à rebours 2015 » au Cap destinée à lancer un dialogue sur les politiques de la PEC-C, (b) un numéro thématique du Bulletin de l'OMS en mai 2008 intitulé « Prévention et contrôle de la pneumonie infantile », (c) une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé et (d) un groupe de travail sur la prise en charge des cas dans la communauté.

Save the Children, États-Unis, a établi la priorité de la PEC-C (de la diarrhée, de la dysenterie, du paludisme, de la pneumonie et parfois de la septicémie néonatale) en tant qu'initiative mondiale. Au sein de cette initiative nous avons testé la PEC-C à Liben *Woreda*, dans la région d'Oromia, avant le programme HEP. Les recours des familles aux soins pour la toux et la respiration difficile ou rapide ont triplé, passant de 17 % en 1997 à 58 % en 2001, après le renforcement des services des formations sanitaires. Mais nous n'avons pas été satisfaits des résultats à cause des déficiences de traitement, alors avec le soutien du Ministère de la Santé aux niveaux de la *woreda*, de la zone, de la région et au niveau fédéral, nous avons créé un projet pilote pour mettre à l'essai la PEC-C de la diarrhée, du paludisme et de la pneumonie. Après la formation et le déploiement de 45 agents de PEC-C dans les *kebeles* reculés, le recours aux soins était de 84 % en 2006. Cette augmentation a été due entièrement à l'utilisation de l'approche PEC-C, qui a permis de traiter 1,408 cas de pneumonie sur 14 mois,

11 Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children : a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis.* 3, 2003, 9 :547–556.

12 WHO. Meeting Report : Evidence base for community management of pneumonia, Stockholm, 11–12 June. WHO/FCH/CAH/02.23. Stockholm, 11–12 juin. WHO / FCH / CAH / 02.23. Genève, OMS, 2002.

13 WHO/UNICEF. Joint Statement : Management of Pneumonia in Community Settings. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2004.

14 Marsh DR, Gilroy K, Van de Weerd R, Wansi E, Qazi S. Community Case Management of Pneumonia—At a Tipping Point? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(5) :381–389.

15 *Global action plan for the prevention and control of pneumonia (GAPP)* [compte rendu d'une consultation informelle, 5–7 mars 2007, La Mainaz, Gex, France]. OMS, UNICEF, Hib Initiative et pneumoADIP, 2007.

43 % des cas attendus, plus que toutes les formations sanitaires des *woredas* ensemble. Presque tous les agents de PEC-C ont obtenu des scores de plus de 80 % à des examens de compétences et de registre (80 % et 90 %, respectivement) ¹⁶.

Opportunité pour le leadership En Éthiopie, le poids accablant de la mortalité infantile due à la pneumonie résulte principalement de l'utilisation décevante des interventions curatives en place. De plus, le nouveau système d'information sanitaire proposé ne comptera plus le traitement des patients externes souffrants de la pneumonie. La pneumonie pourrait « disparaître » de la table des décideurs. L'Éthiopie a pourtant une stratégie prometteuse : la mise en œuvre des interventions à l'aide des AVS, bien mieux éduqués et formés que les agents de la PEC-C de Liben. Pouvons-nous leur demander de fournir une *autre* intervention alors que la pneumonie infantile ne constitue qu'une de nombreuses priorités concurrentes ? Des experts compétents ont conçu la stratégie et des interventions destinées à la mettre en œuvre, et une évaluation externe est en cours. Les résultats conduiront peut-être à son adaptation, peut-être en suivant les lignes des « interventions du *Lancet* » ^{17,18}, fondées sur des évidences, qui ciblent les enfants de moins de 5 ans, les plus vulnérables de la société. À long terme, les interventions préventives ont un meilleur rapport coût-efficacité que les interventions curatives. Mais avant d'atteindre le « long terme », un choix judicieux d'interventions curatives, y compris une prise en charge accessible des cas de la pneumonie, réduira la souffrance et la mort. Sans la PEC-C, les parents continueront de retarder le recours aux soins, consulteront des guérisseurs locaux aux compétences insuffisantes en matière de prise en charge des cas ou ne demanderont aucune aide.

L'Éthiopie peut prendre des mesures pour contrôler la pneumonie chez l'enfant, certaines plus faciles que d'autres. Parmi les relativement faciles, on peut citer les suivantes : (1) continuer à compter les traitements ambulatoires de la pneumonie infantile et suivre chaque année la proportion de cas estimés effectivement traités, (2) continuer à renforcer le PEV (programme élargi de vaccination) de routine ; (3) promouvoir l'initiation précoce et l'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois, (4) déployer le zinc pour la prise en charge de la diarrhée, qui assure plusieurs mois de protection contre la diarrhée et contre la pneumonie et (5) continuer à tester la faisabilité et le rapport coût-efficacité de la PEC-C de la pneumonie dans différents contextes. De possibles étapes bien visibles de partenariat national et international sont (6) se diriger progressivement vers une politique officielle écrite qui approuvent la prise en charge des cas dans la communauté dans le cadre de la PCIMNI (prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles) lors la prochaine révision du HSDP (programme de développement du secteur sanitaire) et (7) soutenir une résolution à la prochaine Assemblée mondiale de la santé appelant à l'approbation du Plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie.

16 Degefe T, Marsh D, Gebremariam A, Tefera W, Osborn G, Waltensperger K. Community case management improves use of life-saving curative interventions among pastoralists in Ethiopia's Oromiya region. En cours d'examen, *Ethiopian Journal of Health Development*.

17 Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362 :11-17.

18 Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions : how many newborn babies can we save? Publié sur Internet, 3 mars 2005 (<http://image.thelancet.com/extras/05art1217web.pdf>).

Outils destinés à renforcer les capacités communautaires à analyser les problèmes, fixer les priorités, planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités

Le renforcement des capacités communautaires à analyser les problèmes, fixer les priorités, planifier, mettre en œuvre et évaluer les activités de santé communautaire permet de générer chez les membres de la communauté le sentiment d'appropriation et de développer leur capacité à gérer les activités. Sont présentés brièvement ci-dessous quelques outils qui ont été utilisés avec succès pour l'autonomisation des comités et des communautés.

Techniques participatives d'apprentissage et d'action. Il s'agit notamment d'un ensemble d'outils conçus pour aider les communautés à définir les besoins de santé prioritaires et les opportunités afin de proposer et mettre en œuvre des solutions locales. La plupart des techniques sont visuelles. Les outils comprennent des exercices de cartographie, le développement des calendriers saisonniers et des matrices ou des exercices de classement. Les exercices de cartographie contiennent des données géographiques : le plan de la communauté et la localisation des personnes à atteindre, par exemple les ménages avec un enfant (ou des enfants) de moins de 5 ans. Une carte peut aussi représenter un thème, par exemple les liens de communication entre une formation sanitaire et la communauté. Les calendriers saisonniers facilitent la compréhension des rythmes : les moments pendant lesquels l'émergence des maladies est la plus probable et les moments où la participation aux événements communautaires est la plus facile à mobiliser. Les exercices participatifs d'apprentissage et d'action peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation ainsi que pour l'analyse et la planification. Après la période de mise en œuvre, les répéter peut clarifier ce qui a changé et ce qui est resté le même.

Cycle de triple A ¹⁰⁵ (Évaluation [Assessment en anglais], Analyse et Action). Ce modèle de l'UNICEF facilite la planification d'action au niveau communautaire. Le cycle, qui peut être répété au besoin, comprend

- l'évaluation de la situation des enfants,
- l'analyse des causes et facteurs qui contribuent au problème et
- l'action fondée sur l'analyse et les ressources disponibles.

Pour faciliter la discussion du cycle de triple A au cours d'une réunion communautaire, les questions suivantes peuvent être posées.

- Quels progrès a-t-on fait en matière de PEC-C (par exemple, le traitement des enfants en cas de diarrhée) entre 2011 et 2012 ?
- Quel est notre but pour atteindre les enfants qui ont besoin d'être traités pour la diarrhée ?
- Pourquoi certains enfants qui ont besoin de traitement ne le reçoivent pas ?
- Que pouvons-nous faire pour que plus d'enfants bénéficient de la PEC-C ?

Enquête appréciative. Cette approche permet de découvrir les meilleures expériences du passé pour créer une vision améliorée de l'avenir, incitant à l'action pour obtenir la vision recherchée. Habituellement, le processus est divisé en 4 étapes : découvrir, rêver, concevoir et mettre en exécution.

Cet outil peut s'avérer utile pour les comités et les communautés qui sont prêts à aller au-delà des plans d'action à court terme et à améliorer leurs aptitudes à l'autogestion. Il contribue à créer une vision à long terme et un plan d'action correspondant à des repères fixés vers la réalisation de la vision.

Le site Internet de l'Appreciative Inquiry Commons propose de nombreux outils pratiques pour la conception des formations et des ateliers : <http://appreciativeinquiry.case.edu/practice/toolsTraining.cfm>.

Mobilisation communautaire pour la santé et les changements sociaux¹⁰⁶. Cette approche suit un processus connu sous le nom du cycle d'action communautaire, qui s'appuie sur de nombreuses théories et concepts de l'approche des systèmes sociaux au changement individuel et social. Il part du principe que la mobilisation communautaire renforce la confiance en soi, et lorsque les communautés commencent à croire en elles-mêmes, elles commencent à vouloir agir. Un guide pratique expose les principes et méthodes de mobilisation communautaire qui doivent être adaptés au contexte particulier. Le cycle d'action communautaire se compose de 7 étapes.

1. Préparer le terrain pour la mobilisation.
2. Organiser la communauté pour l'action.
3. Explorer le problème de santé et fixer les priorités.
4. Planifier ensemble.
5. Agir ensemble.
6. Évaluer ensemble.
7. Préparer le terrain pour l'expansion.





SECTION IV :

AUGMENTATION DE L'ACCÈS, DE LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES ET DES SYSTÈMES D'APPROVISIONNEMENT POUR LA PEC-C

Aperçu et définitions

L'accès et la disponibilité renvoient à deux critères de probabilité : la probabilité qu'une personne sera en mesure de se rendre au lieu de prestation de services et la probabilité que ce service sera disponible. L'accès renvoie non seulement à des critères géographiques mais aussi à des facteurs socioculturels et économiques qui peuvent créer des obstacles à l'accès aux soins, tels que les différences linguistiques qui empêchent les familles de communiquer avec le personnel des formations sanitaires. Les facteurs temporels, tels que les tempêtes de neige et la saison des fêtes, peuvent également influencer sur l'accès. L'accès comprend également la disponibilité des soins.

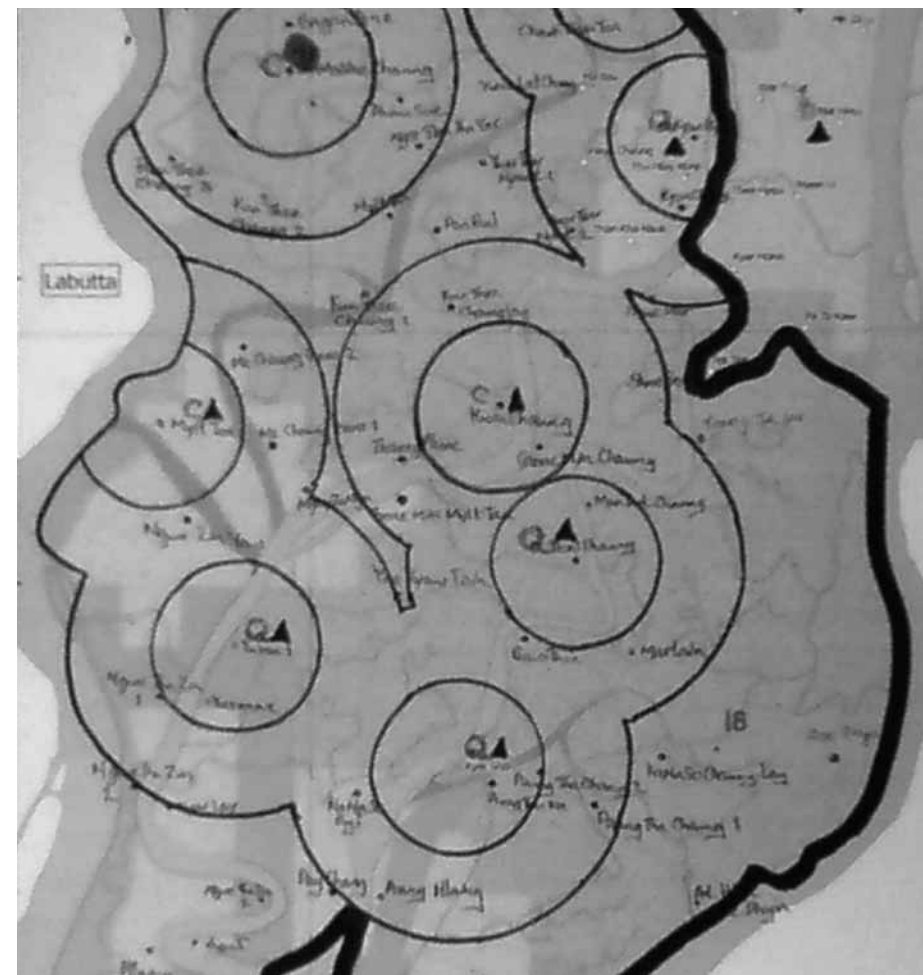
Le terme « accès » doit être défini localement. La définition commune de l'accès géographique sous-entend la présence dans un périmètre de 5 à 10 kilomètres d'un prestataire de santé qui assure la prise en charge des maladies infantiles. Une ou plusieurs cartes peuvent contenir chaque formation sanitaire de prise en charge des cas au centre d'un cercle d'un rayon de 5 à 10 kilomètres. La population en dehors des cercles a besoin d'accès à la PEC-C. Voir la carte ci-dessous (Figure 6) : la population en dehors des petits cercles a besoin d'accès à la PEC-C. Les spécificités du terrain et les obstacles naturels ont également une incidence sur l'accès. Le temps nécessaire pour atteindre un service, plutôt que la distance physique, peut être utilisé pour définir l'accès, mais ce n'est pas aussi facile à cartographier. L'accès varie parfois selon le calendrier. Par exemple, des inondations saisonnières ou la charge du travail agricole peuvent rendre les services des formations sanitaires temporairement inaccessibles, même s'ils ne sont pas éloignés géographiquement.

Il faut un équilibre entre la mise en œuvre de la PEC-C dans les communautés à très faible accès et l'impératif d'atteindre le plus grand nombre de personnes qui en ont besoin. Trois fermes de montagne hébergent peut-être la population la plus démunie de la communauté, mais l'installation de la PEC-C pour les atteindre risque de consommer la plus grande partie du budget.

La PEC-C, c'est une stratégie pour accroître l'accès : le choix des interventions dépend de nombreux facteurs. De plus en plus, les pays qui lancent la PEC-C adoptent une approche intégrée. Dans ces pays les directives pour les ASC comprennent l'évaluation et le traitement de la diarrhée, de la pneumonie et du paludisme (dans les zones exposées au paludisme), ainsi que l'évaluation et la référence des patients avec des signes de maladies graves (la dysenterie, la pneumonie sévère, le paludisme grave et malnutrition aiguë sévère) pour la prise en charge des enfants âgés de 2 mois à 5 ans.

Pourtant, de nombreux pays et programmes commencent en se focalisent sur une seule maladie prioritaire et au fur et à mesure ajoutent d'autres maladies. Les raisons en sont nombreuses : des facteurs financiers, des facteurs épidémiologiques, etc. Une approche intégrée de la PEC-C nécessite plus de temps et de financement, eu égard à la lente expansion de la PCIME qu'on observe dans les formations sanitaires de certains pays. Des approches plus limitées à la PEC-C ont existé pendant des années dans certains pays, où de nouvelles interventions se sont ajoutées récemment, par exemple les suppléments de zinc en cas de diarrhée. Dans d'autres pays, les décideurs hésitent à permettre aux ASC de dispenser des antibiotiques mais acceptent la PEC-C d'autres maladies. Dans certains cas, les cibles de la PEC-C se déterminent en fonction de différentes priorités sanitaires et de la disponibilité de financement, comme c'est le cas des efforts déployés pour combattre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

FIGURE 6 : EXEMPLE D'UNE CARTE DE COMMUNAUTÉS QUI ONT BESOIN DE LA PEC-C



Source : Marsh D

Exemples d'indicateurs en matière d'accès et de disponibilité d'interventions destinées à sauver des vies. Les indicateurs possibles d'accès et de disponibilité sont énumérés dans le Tableau 10. Plusieurs indicateurs correspondent à des résultats multiples. Par exemple, des indicateurs possibles en matière de demande sont également des indicateurs de qualité et de recours à la PEC-C. Ou encore, la disponibilité des médicaments dispensés par les ASC à travers la PEC-C est un indicateur de disponibilité, mais aussi de qualité.

TABLEAU 10 : EXEMPLES D'INDICATEURS D'AUGMENTATION D'ACCÈS ET DE DISPONIBILITÉ D'INTERVENTIONS DESTINÉES À SAUVER DES VIES⁸⁰

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Communautés qui ont accès à la PEC-C	Communautés cibles où des ASC fournissent des services (%)	Liste ou tableau mural énumérant les ASC opérationnels de chaque communauté	Deux fois par an	Gestionnaire	Dénominateur (zone d'impact) défini localement, par exemple, les communautés situées à plus de 5 km ou à 1 à 2 heures de distance du centre—standard = 80 % d'utilisation au niveau de la zone d'impact (nationale ou du district)
Disponibilité des médicaments pour la PEC-C au point de distribution	# ruptures de stock des médicaments pour la PEC-C au point de distribution le jour de l'enquête	Registre des stocks de médicaments	Une fois par mois / tous les 3 mois (selon le calendrier de supervision)	Gestionnaire	Standard = 0 (pas de ruptures de stock)—niveau du district également un indicateur de la qualité
Disponibilité des médicaments pour la PEC-C au point de distribution	# ruptures de stock des médicaments pour la PEC-C au point de distribution le jour de l'enquête	Registre des stocks de médicaments	Une fois par mois / tous les 3 mois (selon le calendrier de supervision)	Gestionnaire	Standard = 0 (pas de ruptures de stock)—niveau du district également un indicateur de la qualité

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Disponibilité des médicaments dispensés par ASC à travers la PEC-C	# (%) des ASC pour chaque antibiotique, antipaludique, SRO (et d'autres traitements) le jour de la supervision	Fiche de contrôle pour le superviseur	Une fois par mois / tous les 3 mois	Superviseur	Également indicateur de la qualité—standard = 100 % (disponibilité permanente)—niveau de la communauté également un indicateur de la qualité
Taux de patients référés	# (%) d'enfants référés / # total d'enfants vus par les ASC dans un temps donné	Registre tenu par les ASC ou registre de la PEC-C	Une fois par mois / tous les 3 mois	Superviseur	Standard = 20 % ¹⁰⁷ au niveau du district
Références effectuées	# références effectuées / # références recommandées, en %, par agent, par unité de supervision, par projet, par syndrome	Registre de la PEC-C	Tous les 3 mois	Superviseur	Aussi indicateur de l'utilisation—standard = 80 % ¹⁰⁸ au niveau du district

Stratégies, interventions et activités visant à accroître l'accès et la disponibilité

Revoir les conclusions de l'analyse de situation. À partir des constatations et conclusions relatives à l'accès (et à la mortalité infantile, et aux maladies), les gestionnaires peuvent identifier les interventions les plus susceptibles d'améliorer la santé des enfants. Ils peuvent également sélectionner les ASC les plus compétents pour mettre en œuvre ces interventions.

Choisir des interventions : intervention intégrée ou non ? La première étape consiste à sélectionner des interventions (antibiotiques, antipaludiques, zinc, etc.) à inclure dans la PEC-C, et c'est sans doute l'étape la plus difficile. Malgré un vaste consensus sur la valeur d'un ensemble intégré, sa mise en œuvre n'est pas toujours possible.

Déployer des ASC. Il s'agit d'identifier le meilleur groupe de prestataires au sein de la communauté pour assurer la PEC-C et de définir les critères et le processus de sélection, ainsi que les tâches principales que les ASC doivent réaliser. Les ASC sont seulement une des catégories de ressources humaines nécessaires à la PEC-C. Mettre en place les superviseurs et les gestionnaires est également indispensable. La Section V, « Amélioration de la qualité de la PEC-C », aborde cette question.

Assurer l'approvisionnement en médicaments. Un système d'approvisionnement ou de logistique qui fonctionne bien permet de réduire ou d'éviter les ruptures de stock, assurant ainsi la disponibilité des interventions destinées à sauver des vies, le but ultime de la PEC-C.

Établir un système de suivi pour les références des patients. Le suivi des références est une approche à composantes multiples destinée à répondre aux faibles taux de réussite des références qui reposent uniquement sur la référence verbale. Il nécessite des actions multiples de la part de l'ASC et de la formation sanitaire, y compris l'assistance aux pourvoyeurs de soins, le suivi des références et contre-références, l'élimination d'obstacles à la référence et une bonne qualité de soins à la formation sanitaire de référence.

Suivre et évaluer l'accès. Les registres tenus par les ASC sont au cœur du système de suivi et d'évaluation. Ils contiennent des informations sur la disponibilité des médicaments et des approvisionnements, ainsi que sur les références. Le suivi de l'accès indique aux gestionnaires si les services arrivent à atteindre les enfants malades et si les traitements nécessaires à la PEC-C sont en place.

Sélection des interventions PEC-C : intégrées ou non ?

La faisabilité de la PEC-C intégrée dépend de facteurs épidémiologiques, politiques, financiers et opérationnels. Lors de la prise de décisions sur quelles interventions destinées à sauver des vies il faut fournir par le biais de la PEC-C, les questions à prendre en considération portent sur

- l'épidémiologie : les principales causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- le programme : les initiatives à base communautaire ou les initiatives PEC-C, le type des ASC existants et leurs sujets de focalisation ;
- les finances : les sources de financement pour une approche intégrée par opposition à un programme vertical ; les coûts du traitement ;
- les tendances politiques : la volonté de permettre aux ASC d'utiliser plusieurs médicaments (ou un traitement particulier) par opposition à la volonté de promouvoir une approche PCIME-C entièrement intégrée ;
- questions réglementaires et logistiques : approbation des interventions (par exemple, le zinc pour la diarrhée), la disponibilité actuelle, les mécanismes d'approvisionnement ; et
- l'échelle du programme : un programme à petite échelle par opposition à un programme à grande échelle, une zone géographique limitée par opposition à une zone régionale ou nationale.

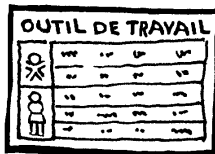
ENCADRÉ 19 : TROIS VOIES À L'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS DANS LA PEC-C

Le point de départ de la PEC-C au **Népal** était la distribution semestrielle par les ASC de la vitamine A en capsules, commencée en 1993¹⁰⁹. Après la réussite de l'essai pilote de la PEC-C de la pneumonie, cette intervention a été intégrée au programme à la fin des années 1990 et atteint maintenant 80 % de la population de moins de 5 ans. La PEC-C de la diarrhée avec du zinc et des SRO à osmolarité réduite a été ajoutée en 2006 et se met progressivement en place. Le programme teste les différentes modalités de soins néonataux de routine, dont l'identification d'éventuelles infections bactériennes sévères, le traitement initial avec des antibiotiques et la référence des patients pour un traitement approfondi¹¹⁰. Le paludisme est pris en charge au niveau des formations sanitaires.

Au **Sénégal** la PEC-C a été lancée grâce au système de « cases de santé », en place depuis la fin des années 1950. Dans les cases de santé, les ASC formés assurent des prestations préventives et curatives, y compris le traitement du paludisme, de la diarrhée et d'autres affections mineures. Cependant, c'est uniquement au milieu des années 2000 que cette intervention a été intégrée à la PEC-C, suite à la recherche qui a démontré que les ASC étaient capables de traiter la pneumonie avec des antibiotiques.

Une évaluation effectuée dans le district de Mberre dans l'est du Kenya a révélé que le paludisme, la malnutrition, la pneumonie et la diarrhée étaient les maladies infantiles les plus répandues¹¹¹. Sur la base de ces constatations, le MSP et son partenaire, Catholic Relief Services, ont décidé de développer et de tester la PEC-C qui traite ces maladies. Le MSP a défini les directives nationales pour la PCIME par les formations sanitaires, qui ont été adaptées afin d'être utilisées par les ASC. Les directives et les manuels et outils d'accompagnement font partie des grandes lignes de l'infrastructure de santé de « niveau 1 », telles qu'elles sont exposées dans le Plan stratégique du MSP pour la période 2007–2010.

Commencer par les directives nationales pour la PCIME. Tout comme le groupe de travail national sur la PCIME est un point de départ logique du plaidoyer pour la PEC-C, l'examen des directives nationales pour la PCIME ou leur équivalent est une première étape de la sélection des interventions de la PEC-C et de l'adaptation des directives pour les utiliser dans un pays ou dans le cadre d'un programme. La collaboration avec les groupes de travail nationaux et leurs équivalents (groupes techniques) afin d'adapter ou de développer la PEC-C renforce également les capacités nécessaires à garantir la viabilité et l'expansion éventuelle du programme.



L'intégration du traitement du paludisme dépend de l'épidémiologie.

L'administration des antipaludiques est une intervention importante pour la PEC-C dans les zones à « haut risque du paludisme », ou lorsque plus de 5 % des cas de fièvre chez l'enfant sont dus au paludisme⁷⁵. Ces zones à haut risque comprennent la plupart des pays africains au sud du Sahara, de grandes parties de la Méditerranée orientale, de nombreux pays en Asie du Sud-est, où les taux de la résistance aux médicaments et insecticides sont élevés, et les zones de forêt pluviale de presque tous les pays des Amériques¹¹². La saisonnalité des risques de paludisme (la saison sèche par opposition à la saison des pluies) doit être également prise en considération, notamment pour assurer l'approvisionnement en médicaments antipaludiques. Certains algorithmes varient avec les saisons.

Le traitement de la diarrhée et de la pneumonie peut avoir un impact important.

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, ces deux maladies sont parmi les principales causes de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. La PEC-C de la diarrhée avec du zinc et des SRO ne provoque pas beaucoup de controverses; par contre, il est important de s'assurer que le zinc est disponible et que les pourvoyeurs de soins dispensent le traitement en entier de 10 à 14 jours. En revanche, de nombreux pays ont des hésitations quant à la PEC-C de la pneumonie, malgré son potentiel de réduire le nombre de décès d'enfants. La fréquence du paludisme et de la pneumonie dans certaines régions est un argument fort pour intégrer la prise en



charge de ces deux maladies, car elles ont le même symptôme : la fièvre, et les ASC doivent être en mesure de classifier et de dispenser un traitement en fonction des signes différents.

La PEC-C pour la septicémie néonatale est possible, mais les modèles de prestation de services sont très différents de ceux de la PEC-C pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants. La PEC-C pour traiter la septicémie néonatale inclut généralement des injections. Bien que la formation et la supervision puissent assurer des pratiques d'injection correctes et sûres de la part des ASC, les modèles de prestation de services pour la PEC-C de la septicémie néonatale supposent l'intervention d'un personnel autre que celui de la PEC-C. Le travail de ce dernier est aussi centré sur une population différente : les femmes enceintes et celles venant d'accoucher, ainsi que leurs nourrissons. Les programmes qui intègrent la PEC-C de la septicémie néonatale commencent généralement par une combinaison de la prise en charge des cas de la pneumonie, de la diarrhée et / ou du paludisme. Après avoir acquis de l'expérience, ils intègrent ensuite la prise en charge des cas de la septicémie néonatale. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'OMS et l'UNICEF recommandent que les ASC rendent visite aux ménages afin d'identifier les nouveau-nés atteints de maladies graves et pour aider les familles à recourir aux soins assurés par les formations sanitaires¹⁵.

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est en

mutation. L'évaluation de la malnutrition aiguë sévère et la référence des enfants avec des signes de danger commencent à faire partie de la PEC-C. Le traitement dans une formation sanitaire peut comprendre de nombreuses interventions, notamment la correction des carences en éléments nutritifs, la récupération des troubles métaboliques et l'alimentation intensive. Toutefois, il est maintenant reconnu que près de 80 % des enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère peuvent être traités à domicile par un travailleur de la santé formé⁸. Le traitement consiste à donner aux enfants des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) jusqu'à ce qu'ils atteignent un poids adéquat. Les programmes qui utilisent déjà les ATPE ou qui envisagent de les introduire s'appuient de plus en plus sur les ASC pour la prise en charge des enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère.



Autres interventions possibles. Dans de nombreux pays, les ASC participent à la distribution semestrielle des suppléments de vitamine A. Cette initiative peut servir de plate-forme pour la création d'un programme de la PEC-C, ou elle peut faire partie des tâches d'un ASC. Certains pays intègrent le traitement des parasites intestinaux à la PEC-C. Dans certains contextes, le traitement à base communautaire de l'onchocercose ou du ver de Guinée bénéficie d'au moins dix ans d'expérience. Avec l'augmentation de l'accès à une assistance qualifiée auprès

des nouveau-nés, les ASC ont un rôle à jouer dans l'évaluation et le traitement de la septicémie néonatale. Le ASC peut aider les femmes enceintes à se préparer pour l'accouchement. Il peut également aider la sage-femme dans l'accouchement à domicile. Les soins peuvent être partagés : l'ASC assure les soins du nouveau-né, tandis que la sage-femme répond aux besoins de la mère. Bien que peu de pays utilisent la PEC-C pour mettre en œuvre des interventions préventives, pour dispenser le traitement et les soins palliatifs en cas de VIH / SIDA, la PEC-C paraît une stratégie logique pour offrir une prophylaxie au cotrimoxazole aux enfants VIH-positifs (voir ci-dessous « Ajuster les directives »).

Ajuster les directives pour le traitement et la référence en fonction des indications spécifiques à chaque pays. Un petit groupe de travail technique peut être chargé de cette tâche. Les directives décrivent la typologie et les combinaisons des signes cliniques utilisés pour évaluer les principaux symptômes et signes des maladies courantes chez l'enfant et pour fournir des classifications pragmatiques pour chaque symptôme clé. Les directives les plus courantes utilisent les classifications et les actions présentées dans le formulaire d'enregistrement de l'enfant malade (voir la Figure 7) pour la prise en charge des enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans.

Les signes de danger communs (ceux qui ne sont pas spécifiques à un syndrome) sont que l'enfant

- a des convulsions,
- est incapable de boire ou manger quoi que ce soit,
- est très endormi ou inconscient et
- vomit tout.

Les signes de danger pour un syndrome spécifique comprennent

- pour la pneumonie :
 - > la toux pendant 21 jours ou plus ;
 - > le tirage sous-costal ;
- pour la dysenterie :
 - > la diarrhée pendant 15 jours ou plus ;
 - > le sang dans les selles : la dysenterie ;
- pour le paludisme :
 - > la fièvre au cours des 8 derniers jours ;
- pour la malnutrition aiguë sévère :
 - > de la rougeur sur la bande de circonférence de l'avant-bras à mi-hauteur ;
 - > le gonflement des deux pieds.

FIGURE 7 : OMS / UNICEF—FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DE L'ENFANT MALADE ¹¹³

Fiche de prise en charge de l'enfant malade
(pour le traitement communautaire de l'enfant de 2 mois à 5 ans)

Date : ____/____/20____ ASC : _____
(jour/mois/année)

Nom de l'enfant : Prénom _____ Nom de famille _____ Âge : ____ans/____mois Garçon/Fille
Enfant présenté par (nom) : _____ Lien avec l'enfant : Mère/Père/Autre : _____
Adresse : _____

1. Diagnostiquer les problèmes

POSER DES QUESTIONS et OBSERVER	SIÈNE DE DANGER ?	MALADE mais PAS de signe de danger ?
DEMANDER : Quels sont les problèmes de l'enfant ? Si non énoncés spontanément, poser la question pour vérifier. OUI, signe présent → Cocher <input type="checkbox"/> PAS de signe → Entourer ■		
<input type="checkbox"/> ■ Toux ? Si oui, depuis combien de temps ? ____ jours	<input type="checkbox"/> Toux depuis 21 jours ou plus	
<input type="checkbox"/> ■ Diarrhée (3 selles molles ou plus en 24 heures) ? SI OUI, depuis combien de temps ? ____ jours.	<input type="checkbox"/> Diarrhée depuis 14 jours ou plus	<input type="checkbox"/> Diarrhée (moins de 14 jours ET pas de sang dans les selles)
<input type="checkbox"/> ■ SI DIARRHÉE, sang dans les selles ?	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles	
<input type="checkbox"/> ■ Fièvre (passée ou présente) ? Si oui, quand a-t-elle commencé ? Il y a ____ jours.	<input type="checkbox"/> Fièvre depuis 7 jours ou plus	<input type="checkbox"/> Fièvre (moins de 7 jours) dans une zone impaludée
<input type="checkbox"/> ■ Convulsions ?	<input type="checkbox"/> Convulsions	
<input type="checkbox"/> ■ Difficultés à prendre le sein, à boire ou à manger ? SI OUI, <input type="checkbox"/> n'arrive pas du tout à prendre le sein, à boire ou à manger ?	<input type="checkbox"/> N'arrive pas du tout à prendre le sein, à boire ou à manger	
<input type="checkbox"/> ■ Vomissements ? Si oui, <input type="checkbox"/> vomit tout ce qu'il avale ?	<input type="checkbox"/> Vomit tout ce qu'il avale	
OBSERVER :		
<input type="checkbox"/> ■ Tirage sous-costal ? (POUR TOUS LES ENFANTS)	<input type="checkbox"/> Tirage sous-costal	
SI TOUX, compter le nombre de respirations en 1 minute : _____ respirations par minute		
<input type="checkbox"/> ■ Respiration rapide : De 2 mois à 12 mois : 50 ou plus De 12 mois à 5 ans : 40 ou plus		<input type="checkbox"/> Respiration rapide
<input type="checkbox"/> ■ Anormalement léthargique ou inconscient ?	<input type="checkbox"/> Anormalement léthargique ou inconscient	
Pour un enfant de 6 mois à 5 ans, couleur sur le bracelet MUAC : rouge ____ jaune ____ vert ____	<input type="checkbox"/> Zone rouge sur le bracelet MUAC	<input type="checkbox"/> Zone jaune sur le bracelet MUAC
<input type="checkbox"/> ■ Gonflement des deux pieds ?	<input type="checkbox"/> Gonflement des deux pieds	

2. Décider : Transférer ou traiter l'enfant ?
(cocher la décision)

Si PRÉSENCE de signe(s) de danger, transfert à un établissement de santé

Si ABSENCE de signe de danger, traitement à domicile et recommandations

ALLER À LA PAGE 2 →

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

3. Transférer ou traiter l'enfant

(cocher les traitements administrés et autres actions et recommandations)

Si PRÉSENCE de signe(s) de danger, TRANSFERT D'URGENCE à un établissement de santé

Si ABSENCE de signe de danger, traitement à domicile et recommandations

Si présence de signe(s) de danger, TRANSFERT D'URGENCE à un établissement de santé :		Si absence de signe de danger, TRAITEMENT à domicile et RECOMMANDATIONS sur les soins à la maison :	
<p>AIDER AU TRANSFERT à un établissement de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Expliquer pourquoi l'enfant doit aller dans un établissement de santé. ADMINISTRER LA PREMIÈRE DOSE DE TRAITEMENT :</p>			
<p><input type="checkbox"/> Si diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> Si l'enfant peut boire, commencer à administrer une solution de SRO immédiatement.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si fièvre ET Convulsions ou Anormalement léthargique ou inconscient ou N'arrive pas du tout à prendre le sein, à boire ou à manger</p> <p><input type="checkbox"/> Vomit tout ce qu'il avale</p> <p><input type="checkbox"/> Si fièvre ET signe de danger autre que les 3 ci-dessus</p>	<p><input type="checkbox"/> Si diarrhée (depuis moins de 14 jours ET absence de sang dans les selles)</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire des SRO. Aider la personne en charge de l'enfant à administrer la solution de SRO sur place jusqu'à ce que l'enfant n'ait plus soif.</p> <p><input type="checkbox"/> Remettre à la personne en charge de l'enfant 2 sachets de SRO à emporter chez elle. Expliquer qu'il faut en donner autant que l'enfant en veut, mais au moins 1 tasse après chaque selle molle.</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire un supplément de zinc. À administrer 1 fois par jour pendant 10 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> De 2 mois à 6 mois : 1 comprimé (total : 5 comprimés) De 6 mois à 5 ans : 1 comprimé (total : 10 comprimés) <p>Aider la personne à administrer la première dose immédiatement.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si fièvre (moins de 7 jours) dans une zone impaludée</p> <p><input type="checkbox"/> Effectuer un test diagnostique rapide (TDR) : — Positif ... Négatif</p> <p><input type="checkbox"/> Si le TDR est positif, prescrire un antipaludéen oral : AL (artéméter/luméfântrine). À administrer deux fois par jour pendant 3 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> De 2 mois à 3 ans : 1 comprimé (total : 6 comprimés) De 3 ans à 5 ans : 2 comprimés (total : 12 comprimés) <p>Aider la personne en charge de l'enfant à administrer la première dose immédiatement. Demander d'administrer la 2^e dose 8 heures plus tard, et de donner deux doses par jour pendant deux jours de plus.</p>
<p><input type="checkbox"/> Si tique sous-costal, ou Respiration rapide</p> <p><input type="checkbox"/> Si l'enfant peut boire, administrer la première dose d'antibiotique oral (comprimé d'amoxicilline, 250 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> De 2 mois à 12 mois : 1 comprimé De 12 mois à 5 ans : 2 comprimés 	<p><input type="checkbox"/> Si l'enfant peut boire, administrer la première dose d'antibiotique oral (comprimé d'amoxicilline, 250 mg)</p> <ul style="list-style-type: none"> De 2 mois à 12 mois : 1 comprimé De 12 mois à 5 ans : 2 comprimés 	<p><input type="checkbox"/> Si respiration rapide</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrire un antibiotique oral (amoxicilline, 250 mg). À administrer deux fois par jour pendant 5 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> De 2 mois à 12 mois : 1 comprimé (total : 10 comprimés) De 12 mois à 5 ans : 2 comprimés (total : 20 comprimés) <p>Aider la personne en charge de l'enfant à administrer la première dose immédiatement.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si zone jaune sur le bracelet MJIAC</p> <p><input type="checkbox"/> Donner à la personne en charge de l'enfant des recommandations sur l'alimentation ou orienter l'enfant vers un programme de supplémentation alimentaire, s'il en existe un.</p>
<p><input type="checkbox"/> Si l'enfant malade arrive à boire, recommander de lui donner des liquides et de continuer à le nourrir.</p> <p><input type="checkbox"/> Recommander de bien envelopper l'enfant, à condition qu'il n'ait PAS de fièvre.</p> <p><input type="checkbox"/> Rédiger une note de transfert.</p> <p><input type="checkbox"/> Organiser le transport, et aider à résoudre toute autre difficulté liée au transfert.</p> <p>→ SUIVRE l'enfant à son retour, ou moins une fois par semaine, jusqu'à ce qu'il soit rétabli.</p>		<p><input type="checkbox"/> Recommander de donner davantage de liquides à l'enfant et de continuer à le nourrir.</p> <p><input type="checkbox"/> Expliquer quand consulter à nouveau. Elle doit aller immédiatement à l'établissement de santé le plus proche ou, si ce n'est pas possible, revenir si</p> <ul style="list-style-type: none"> l'enfant ne peut ni boire ni s'alimenter son état s'aggrave du sang est présent dans les selles <p><input type="checkbox"/> Recommander d'utiliser une moustiquaire (MII).</p> <p><input type="checkbox"/> Revenir l'enfant pour une visite de suivi dans 3 jours (fixer un rendez-vous à l'item 6 ci-dessous).</p>	

4. CONTRÔLER L'ÉTAT VACCINAL

(cocher les vaccins reçus)

Dire, au besoin, à la personne en charge de l'enfant OÙ et QUAND l'enfant peut recevoir son prochain vaccin

5. S'il y a un AUTRE PROBLÈME ou une affection que l'ASC ne peut pas traiter, adresser l'enfant à un établissement de santé, rédiger une note de transfert.

Âge	Vaccins		Date
Naissance	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> VPO-0	
6 semaines	<input type="checkbox"/> DTC-Hib + Hépb 1	<input type="checkbox"/> VPO-1	
10 semaines	<input type="checkbox"/> DTC-Hib + Hépb 2	<input type="checkbox"/> VPO-2	
14 semaines	<input type="checkbox"/> DTC-Hib + Hépb 3	<input type="checkbox"/> VPO-3	
9 mois	<input type="checkbox"/> Rougeole	[Si le VPO-0 n'a pas été fait à la naissance, administrer le VPO-4]	

Décrire le problème :

6. Quand revenir pour un SUIVI ? (entourer) : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

7. Note sur le suivi : L'enfant va mieux, poursuivre le traitement à domicile. Jour de la visite de suivi : _____
 L'enfant ne va pas mieux : le transférer D'URGENCE à l'établissement de santé.
 L'enfant présente un signe de danger : le transférer D'URGENCE à l'établissement de santé.

Les signes que l'enfant est malade mais peut être traité à domicile par un ASC comprennent souvent

- la diarrhée moins de 14 jours et pas de sang dans les selles ;
- la fièvre de moins de 7 jours et
- la respiration rapide : (50+ respirations par minute chez les enfants de 2 à 12 mois ; 40+ respirations par minute chez les enfants de 12 mois à 5 ans).

Les décisions concernant le groupe d'âge visé et les interventions à inclure dans la PEC-C (quelles maladies peuvent être traitées dans la communauté) est la première question de réflexion lors de l'ajustement des directives. Par exemple, si le traitement de la pneumonie n'est pas intégré dans la PEC-C, les directives des cas de respiration rapide doivent remplacer le traitement par la référence. Des réglages supplémentaires peuvent être effectués dans le calendrier des visites de suivi. Certains contextes exigent que les ASC rendent visite à domicile de l'enfant malade le lendemain en cas de diarrhée, plutôt que trois jours plus tard. Il faut également prendre en compte les obstacles financiers, sociaux et géographiques à la référence.

Encore d'autres ajustements peuvent s'imposer dans les zones où la prévalence du VIH est élevée. Même si un enfant atteint du VIH reçoit le même traitement que tout autre enfant souffrant de diarrhée et / ou de pneumonie, d'autres questions concernant la prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections liées au VIH et la façon de conseiller les mères sur les aliments et les liquides, y compris l'allaitement, pour les enfants malades peuvent nécessiter des changements dans les directives. Les gestionnaires et autres personnes associés à l'adaptation des directives pour la PEC-C dans les contextes à taux de VIH élevé devraient consulter le rapport de l'OMS et UNICEF *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions à forte prévalence du VIH*¹¹⁴.

Aborder des questions relatives à l'évaluation. Généralement, les ASC examinent les enfants en posant des questions aux pourvoyeurs de soins et en observant l'enfant. Le ASC pose des questions concernant les signes et symptômes suivants.

- La toux ? Si oui, pendant combien de jours ?
- La diarrhée ? Si oui, pendant combien de jours ?
- En cas de diarrhée, du sang dans les selles ?
- La fièvre ? Si oui, depuis combien de jours ?
- Convulsions ?
- Difficulté à boire ou à manger ? Si oui, est-il / elle incapable de boire ou de manger quoi que ce soit ?
- Vomissements ? Si oui, vomit-il / elle tout ?
- Autre problème à signaler ?

Le ASC observe les symptômes suivants

- le tirage sous-costal ;
- en cas de toux, les respirations par minute ;
- un état très endormi ou inconscient ;

- pour les enfants de 6 mois à 5 ans, la circonférence de l'avant-bras à mi-hauteur et
- le gonflement des deux pieds

Souvent, les seuls outils de diagnostic utilisés par un ASC sont un chronomètre, une minuterie ou une horloge (Figure 8) lors du comptage des respirations par minute (Encadré 20) et la bande pour mesurer la circonférence de l'avant-bras à mi-hauteur. Certains pays commencent à utiliser les TDR pour le paludisme, accompagnés d'une évaluation clinique. D'autres sources de conseils sur la sélection des TDR et sur la formation des ASC pour leur apprendre à les utiliser sont répertoriées dans la boîte à outils.

ENCADRÉ 20 : DISPOSITIFS POUR COMPTER LES TAUX RESPIRATOIRES

Un ASC peut utiliser une horloge, une montre, un chronomètre ou un compteur de respirations de l'UNICEF pour compter avec précision le nombre de respirations par minute d'un enfant malade chez lequel on soupçonne une pneumonie. Lorsque les gestionnaires décident quel dispositif est le plus approprié pour un contexte particulier, ils devraient prendre en compte les aspects suivants. Le compteur de l'UNICEF actuellement disponible peut être coûteux, en raison du minimum de commande imposé. De plus, sa durée de vie s'est révélée assez courte, soit environ un an. Pour assurer une durée de vie maximale des piles, le dispositif doit être stocké dans un endroit frais et sec (idéalement au réfrigérateur dans des climats chauds et humides). Les piles ne sont pas remplaçables, et il n'y a pas de témoin de piles faibles, alors le dispositif peut « claquer » sans crier gare¹¹⁵. L'âge de l'ASC joue également un rôle dans l'adoption d'un dispositif de chronométrage. Les ASC âgés préfèrent souvent les grandes horloges murales, parce qu'elles sont plus faciles à voir. Les ASC d'âge mur préfèrent les montres avec une trotteuse, et les jeunes apprécient l'affichage digital.

L'ajustement des directives et outils relatives à la prise en charge des cas peut s'imposer si

- l'épidémiologie de la maladie change, par exemple, en raison de l'utilisation généralisée de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme ou le vaccin *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) pour prévenir la pneumonie ;
- la recommandation change quant au choix des médicaments ;
- la formulation des médicaments change ;
- le groupe d'âge visé s'élargit et
- les outils d'évaluation ou de diagnostic changent, par exemple, si les TDR deviennent largement disponibles ou un nouveau décompte des respirations est introduit.

FIGURE 8 : À L'AIDE D'UN MINUTEUR, UNE ASC COMPTE LE NOMBRE DE RESPIRATIONS PAR MINUTE POUR VÉRIFIER LES SIGNES DE PNEUMONIE



Source : Wansi E, Swedberg E

Sélectionner des médicaments de première ligne en fonction des politiques, des aspects financiers et des réalités de la chaîne logistique. Les médicaments et les fournitures utilisés dans la PEC-C doivent être compatibles avec les directives nationales pour la PCIME, ainsi qu'avec la liste des médicaments essentiels et les autres règlements en matière de médicaments. Cela contribue à la viabilité et la continuité dans la formation et les pratiques des ASC, et permet de contenir la résistance aux antimicrobiens. En plus des directives nationales, les gestionnaires doivent consulter les directives actuelles en matière de médicaments et autres traitements utilisés dans la PEC-C (voir la boîte à outils de cette section). Par exemple, l'OMS recommande que tous les pays confrontés à la résistance aux traitements tels que la chloroquine, l'amodiaquine ou la sulfadoxine-pyriméthamine utilisent des thérapies combinatoires, de préférence celles contenant des dérivées de l'artémisinine (également appelées des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, ou CTA) pour le paludisme à *P. falciparum*¹¹⁶. D'autres éléments à prendre en considération dans le choix des traitements sont le financement des traitements, ainsi que les points forts et les points faibles de la chaîne d'approvisionnement.

Les médicaments sélectionnés pour la PEC-C varient d'un pays à l'autre. Par exemple, un programme en Sierra Leone utilise le cotrimoxazole pour le traitement de la pneumonie, alors qu'un programme dans le Sud-Soudan utilise l'amoxicilline. De la même façon, alors que des pays adoptent des CTA différentes pour le traitement du paludisme, les antipaludiques utilisés dans la PEC-C changent au cours du temps. Le Tableau 11 présente les médicaments souvent utilisés dans la PEC-C. Une autre question à prendre en compte est la préparation du médicament, par exemple, des comprimés ou des sirops (voir le Tableau 12).

TABLEAU 11 : LES MÉDICAMENTS COURAMMENT UTILISÉS DANS LA PEC-C

MÉDICAMENT	CONTRE	FRÉQUENCE	DOSE 2 À 12 MOIS	DOSE 13 MOIS À 5 ANS	COMMENTAIRES
Cotrimoxazole	Pneumonie	Deux fois par jour pendant 3 jours dans les milieux à faible VIH, pendant 5 jours dans les milieux à forte prévalence VIH	240 mg	480 mg	
Amoxicilline	Pneumonie	Trois fois par jour pendant 3 à 5 jours	125 mg	250 mg	
SRO	Diarrhée	Après chaque selle molle	50–100 ml	100–200 ml	
Zinc	Diarrhée	Tous les jours pendant 10 à 14 jours	Moins de 6 mois 10 mg	Plus de 6 mois 20 mg	
Coartem™	Paludisme	À 0, 8 et 24 heures, puis toutes les 12 heures encore 3 doses	2 à 36 mois 120 mg	36 mois à 5 ans 240 mg	Stocker à moins de 30°, mais plus sensibles que d'autres médicaments. Courte durée de vie : 1 à 2 ans

MÉDICAMENT	CONTRE	FRÉQUENCE	DOSE 2 À 12 MOIS	DOSE 13 MOIS À 5 ANS	COMMENTAIRES
AS+AQ la combinaison d'artesunate + amodiaquine (Actuellement disponible en comprimés marqués et séparés : 50 mg d'artesunate et 153 mg de base d'amodiaquine, respectivement. La combinaison de comprimés est à l'étude)	Paludisme	Une fois par jour pendant trois jours	25 mg (1/2 de comprimé) d'artesunate 5 à 11 mois ; (1/2 de comprimé) d'amodiaquine, 5 à 11 mois	50 mg (1 comprimé) d'artesunate 1 à 6 ans ; 153 mg (1 comprimé) d'amodiaquine, 1 à 6 ans	

TABLEAU 12 : PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS—QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LA PEC-C

	COMPRIMÉS	SIROPS
Conditions de stockage	Faciles à transporter et à conserver	Bouteilles fragiles Poids complique le transport
Facilité d'utilisation	Comprimés de pédiatrie dosage exact Si les comprimés pour adultes sont utilisés, les briser en deux peut résulter en des dosages inexacts.	La mesure de la dose peut être inexacte si les seringues orales ne sont pas utilisées correctement.
Coût	Moins chers	Plus chers

Déploiement des ASC

La meilleure PEC-C améliore les compétences des agents de santé à assurer des interventions curatives et à l'établir des liens avec les formations sanitaires. Les ASC peuvent être déjà présents dans les zones où le processus de sélection est en cours. Certains travaillent actuellement dans des communautés, et d'autres ont de l'expérience dans des programmes qui ont pris fin. L'avantage d'utiliser les agents de santé existants est que la communauté les connaît bien et que, souvent, ils ont démontré leur engagement. Parfois, ils ont également reçu une formation pertinente dans le passé. L'ASC idéal pour la PEC-C est souvent un ASC impliqué dans une PCIME-C et pas encore formé pour évaluer, classifier et traiter les maladies. La formation des ASC dans la PEC-C est détaillée dans la Section V, « Amélioration de la qualité des PEC-C ».

Utiliser les ASC présente des avantages, mais la qualité de prestation peut diminuer s'ils sont surchargés de travail. Des précautions doivent également être prises, vu que les ASC existantes sont souvent déjà très occupés. Avec la charge de travail accrue exigée par la PEC-C, ils ne seront pas forcément capables d'exercer d'autres fonctions en même temps. Cela est particulièrement vrai pour les ASC bénévoles, qui ont beaucoup d'autres responsabilités, bien que les ASC salariés puissent également être concernés (voir l'Encadré 21).

ENCADRÉ 21 : CONSEILS EN PROVENANCE DU PAKISTAN : NE PAS SURCHARGER L'AGENT¹¹⁷

Lancé en 1993–1994, le programme « Femme agent de santé (FAS) » du Ministère de la Santé pakistanais a formé et employé 98 000 agents de santé avant 2005 pour fournir des services intégrés de soins de santé à domicile. En plus de la PEC-C de la diarrhée, de la pneumonie et du paludisme, les FAS fournissent également des services de planification familiale. Elles organisent la communauté, assurent l'éducation sanitaire et coordonnent le travail avec les accoucheuses traditionnelles (AT) et avec la formation sanitaire en matière de santé maternelle et néonatale. Ce programme à forte volonté politique a permis d'améliorer les connaissances et les pratiques des ménages et d'augmenter le recours aux soins. Son succès n'est pas passé inaperçu. De nombreuses autres initiatives cherchent à en tirer parti, dont des campagnes nationales de lutte contre la poliomyélite et l'offre de contraceptifs injectables auprès des ménages. Soucieux que si les FAS acceptent des responsabilités supplémentaires le programme risque de se focaliser sur d'autres objectifs et minimiser son impact, les gestionnaires prennent soin d'effectuer des examens approfondis avant d'introduire de nouvelles interventions.

Utiliser des prestataires privés existants présente également des avantages et des pièges potentiels. Les prestataires privés (y compris des vendeurs de médicaments et des guérisseurs traditionnels) existent dans la plupart des contextes où la PEC-C est appropriée. Les modèles traditionnels de recours aux soins dans la zone du programme rendent parfois les prestataires privés de bons agents de la PEC-C.

Par exemple, si au départ les membres de la communauté se font soigner, pendant une grande partie de la maladie, par des guérisseurs traditionnels, le fait d'inclure les guérisseurs comme agents de la PEC-C peut rendre les services de la PEC-C plus durables, parce que les schémas établis de recours aux soins ne seront pas modifiés. Certains prestataires privés peuvent déjà avoir une certaine formation sanitaire. Ils ont souvent envie de développer leur offre de services, et ils sont moins susceptibles de miner le programme s'ils y sont inclus. Les prestataires privés, comme tous les agents de santé, ont besoin de formation et de supervision.



ENCADRÉ 22 : LA PCIME DANS DES POINTS DE VENTE AGRÉÉE DE MÉDICAMENTS (PVAM) EN TANZANIE¹¹⁸

Pour le traitement de nombreuses maladies infantiles en Tanzanie, les familles choisissent en premier lieu les formations sanitaires publiques. Cependant, vu que l'accès aux établissements est limité et que des ruptures de stock des médicaments essentiels sont fréquents, pour soigner les enfants la plupart des pourvoyeurs de soins recourent aux soins médicaux du secteur privé, y compris les petites boutiques qui vendent des médicaments et autres marchandises. En 2003, l'Autorité pour l'alimentation et les médicaments en Tanzanie au sein du Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MPSAS), en collaboration avec Management Sciences for Health, a lancé un programme visant à transformer ces magasins en réseau de points de vente agréée de médicaments (PVAM). Après une formation intensive pour les propriétaires de magasin et les distributeurs, les PVAM ont commencé à vendre des médicaments essentiels dans les zones rurales et urbaines. Conscient que les PVAM sont une source importante de médicaments pour les enfants de moins de 5 ans, le MPSAS décide d'introduire « la PCIME dans les PVAM ». Cette composante de la santé infantile englobe un ensemble d'interventions, y compris les formations à l'utilisation rationnelle des médicaments pour le traitement du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée ; les activités de mobilisation communautaire ; la supervision, le suivi et l'évaluation et un système officiel de références entre les PVAM et les formations sanitaires.

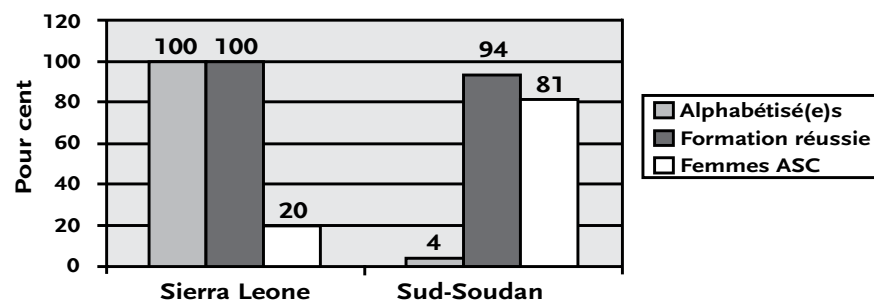
Cependant, l'utilisation des prestataires privés présente des inconvénients. Leurs services sont généralement leur source de revenu. Ils peuvent être réticents à participer à un programme qui fournit des médicaments gratuitement ou à très faible coût, et si la PEC-C hausse les prix, elle risque d'exclure les membres les plus pauvres de la communauté. Souvent, les prestataires privés, n'étant pas agréés ou étant soumis à une supervision au mieux minimale, sont contre la supervision et le suivi. Les prestataires privés peuvent également être incités à traiter de façon inappropriée. Par exemple, dans certains pays, les parents sont prêts à payer plus pour une injection que pour les comprimés. Les prestataires privés ne correspondent pas toujours au profil du programme pour bien d'autres raisons. Par exemple, un programme qui cherche un équilibre entre les femmes et les hommes parmi les ASC, ainsi que des prestataires qui restent de façon permanente dans leurs communautés, ne s'intéressera peut-être pas à des « vendeurs de pilules » qui sont principalement de sexe masculin et qui voyagent fréquemment.

Dans des contextes où l'utilisation de prestataires privés comme ASC suppose des compromis entre la facilité de leur mise en place, la perte potentielle de contrôle sur les activités et même de la qualité des services fournis, les programmes PEC-C optent souvent pour les inclure comme sources de référence.

L'exigence d'une maîtrise de l'écrit risque d'exclure les femmes et leur bloquer l'accès au métier d'ASC. Certains programmes utilisant la PEC-C exigent que les ASC sachent lire et écrire. Les ASC alphabétisés peuvent remplir les formulaires de suivi plus facilement et utiliser une plus grande variété de matériels de formation et de support. Toutefois, il existe de solides arguments pour utiliser comme ASC des membres de la communauté qui ne sont pas alphabétisés.

Exiger, dans les zones où l'alphabétisation des femmes est faible, que les ASC sachent lire et écrire peut produire des déséquilibres entre les sexes parmi les ASC, avec beaucoup plus d'hommes que de femmes, comme le montre la Figure 9. En Sierra Leone, où il fallait savoir lire et écrire pour devenir ASC, tous les stagiaires ont été alphabétisés, et tous ont réussi la formation, mais cette approche a donné seulement 20 % des femmes parmi les ASC. Au Sud-Soudan, il n'était pas nécessaire de savoir lire et écrire. Seulement 4 % des stagiaires ont été alphabétisés, pourtant 94 % ont réussi la formation ; 81 % des ASC étaient femmes. Dans le programme de la Sierra Leone, la plupart des hommes travaillaient pendant la journée dans les mines et n'étaient pas disponibles pour la communauté. Il y avait une grande rotation du personnel parce que les bénévoles plus instruits ont quitté la communauté. Le programme forme maintenant les ASC analphabètes, dont beaucoup plus de femmes. Il y a moins de rotation¹¹⁹. Au Sud-Soudan, initialement, les dirigeants communautaires rejetaient l'idée que les femmes puissent être des ASC. Le personnel du programme du même groupe ethnique a insisté que des candidatures féminines soient examinées. Désormais, les membres de la communauté, y compris les dirigeants, reconnaissent largement que les femmes prestataires fournissent de bons résultats¹²⁰.

FIGURE 9 : L'IMPACT DES EXIGENCES D'ALPHABÉTISATION SUR L'ÉQUILIBRE ENTRE LES SEXES PARMI LES ASC



Les prestataires analphabètes sont généralement moins susceptibles de partir loin de leurs communautés à la recherche d'emploi. Le maintien en poste de ces travailleurs dans certains pays est très élevé. De plus, les pourvoyeurs de soins, qui dans la plupart des cultures sont généralement des pourvoyeuses de soins, peuvent se sentir plus à l'aise avec les ASC femmes.

De nombreux programmes PEC-C ont démontré que les ASC qui ne sont pas alphabétisés peuvent fournir de bons résultats, apprendre les directives par cœur, offrir des soins de qualité et des comptes rendus précis. Par exemple, les femmes bénévoles en santé communautaire (FBSC) analphabètes au Népal assurent aussi bien la PEC-C de la pneumonie et la diarrhée que les bénévoles qui savent lire et écrire¹²¹. Ces programmes adaptent les formulaires de suivi en utilisant des pictogrammes et des systèmes de pointage. La formation comprend des exemples de cas pratiques, ce qui est également indispensable pour les stagiaires alphabétisés. Beaucoup d'adaptations de programme conçus pour les agents analphabètes aident également les agents sachant lire et écrire à obtenir de meilleurs résultats, parce que ces documents sont plus simples, plus visuels et moins sujets à des interprétations erronées.

ENCADRÉ 23 : ARGUMENTS EN FAVEUR DES FEMMES EN TANT QU'ASC¹²²

Les arguments qui suivent sont basés sur les expériences de programme du Comité de Secours Internationaux avec les ASC hommes et femmes. Ils ne sont pas censés être des généralisations et ne s'appliquent pas forcément à tous les contextes.

- Les femmes voyagent moins que les hommes.
- Les femmes sont moins susceptibles d'être alcooliques ou violentes.
- Les femmes sont moins susceptibles d'assumer le rôle d'ASC en espérant, en dépit des affirmations contraires, que cela devient un emploi rémunéré.
- Les femmes sont moins susceptibles de détourner des médicaments à des fins autres que la PEC-C.
- Dans certains projets de santé communautaire qui sont bien établis et « de pointe », tels que celui de Matlab, au **Bangladesh**, tous les ASC sont femmes.
- La motivation et une présence régulière dans la communauté sont de bien plus importantes préoccupations de ressources humaines que l'alphabétisation.
- Sans une promotion active des femmes comme ASC, de nombreuses communautés sélectionnent en grande partie ou entièrement les hommes. Les programmes utilisant la PEC-C ont la responsabilité de favoriser l'équité entre les sexes. Les communautés sont souvent d'accord pour choisir en grande partie ou intégralement les femmes comme ASC si des arguments convaincants, y compris ceux ci-dessus, leur sont présentés.

La PEC-C fonctionne généralement mieux lorsque les ASC au bout du compte sont responsables devant leurs communautés. Bien que les ASC puissent travailler pour le programme de PEC-C, au bout du compte ils sont responsables envers leurs communautés. Les gestionnaires, les prestataires en établissement et les membres de la communauté doivent en être conscients. La responsabilité signifie que la communauté doit veiller à ce que les ASC aient son soutien et qu'ils obtiennent de bons résultats. C'est également la responsabilité des gestionnaires et des superviseurs de programme, mais la communauté passe devant. La responsabilité envers la communauté est étroitement liée aux compétences communautaires et à la durabilité. Les activités visant à renforcer la capacité des communautés à gérer la PEC-C (voir la Section III, « Création d'un environnement social et politique favorable ») sont le plus susceptibles de réussir lorsque le droit des communautés à négocier et à contrôler leurs rôles dans l'amélioration de la santé de l'enfant, en partenariat avec d'autres parties prenantes, est reconnu. Après la formation et le retour dans la communauté d'un ASC, la transparence et le dialogue avec la communauté sont essentiels.

Anticiper le besoin de remplacer des ASC. Inévitablement, certains ASC démissionnent, certains quittent la région et d'autres se désintéressent de l'exercice de leurs fonctions. Un processus de sélection rigoureux, un plan de motivation fort et une gestion efficace peut réduire les départs, mais ils ne seront sans doute jamais complètement éliminés. Un petit nombre de départs d'ASC peut être bénéfique si les ASC moins motivés cèdent la place à ceux qui sont plus performants. La sélection des ASC est un processus continu et régulier, nécessitant un budget pour la formation et d'autres dépenses liées au remplacement des prestataires qui quittent leur poste.

Aperçu des étapes de sélection des ASC. La sélection effective des ASC est la dernière étape dans le processus de sélection.

- Aborder les communautés pour expliquer le programme et assurer leur participation au processus de sélection. Cela peut prendre des semaines ou des mois (voir la Section III, « Création d'un environnement social et politique favorable »).
- Rédiger une description de poste et clarifier ce qui est attendu des prestataires de services communautaires. Ce travail peut être fait en quelques jours ou semaines.
- Élaborer un plan de dynamisation pour maintenir l'engagement des ASC envers le programme.
- Travailler avec les communautés pour sélectionner des ASC. Ce processus prend généralement au moins un mois.

Rechercher l'équilibre entre les exigences techniques et éthiques, d'une part, et les besoins et les attentes communautaires, d'autre part, lors de la sélection des ASC. Le processus de sélection des ASC varie considérablement

selon les normes culturelles et les directives au niveau national et / ou du district, mais certains principes de base s'appliquent dans presque toutes les situations.

- Associer la communauté à la définition des critères de sélection. Cela permet d'éviter les conséquences négatives pour la mise en œuvre du programme et la présence des ASC (par exemple, le chef du village nomme ses proches aux postes d'ASC).
- Expliquer les critères de sélection dès le départ.
- Veiller à ce qu'autant de personnes que possible assistent au processus.
- Utiliser un mécanisme de sélection transparent, soit par vote, soit tout simplement en donnant l'opportunité de s'exprimer à de nombreuses personnes, hommes et femmes, jeunes et vieux.
- Travailler avec un intermédiaire qui connaît bien la communauté, qui peut signaler des irrégularités et qui peut aider à trouver un équilibre entre les exigences techniques et éthiques, d'une part, et les besoins et attentes communautaires, d'autre part.

ENCADRÉ 24 : PROCESSUS DE SÉLECTION ET CRITÈRES POUR LES ASC AU RWANDA¹²³

La communauté nomme les *distributeurs* potentiels (les ASC dans le programme du Rwanda) en fonction de critères tels que l'intégrité, le goût du travail, l'hygiène personnelle, le respect de soi-même et la répugnance à boire en excès. Après la proposition, les membres de la communauté votent en se mettant « en ligne » derrière le candidat qui, selon eux, serait le plus performant. Une évaluation à mi-parcours a conclu que les communautés ont été satisfaites du processus de sélection, même dans les endroits où tous les membres, en particulier les pourvoyeurs de soins des enfants, n'ont pas participé activement.

Créer une description de poste. Une description claire et précise des tâches de l'ASC est fondamentale pour la PEC-C.

Associer les parties prenantes à la conception de la description de poste.

Associer les parties prenantes comporte de nombreux avantages. Engager les membres de la communauté, en particulier les structures de prise en charge communautaire et les ASC eux-mêmes, dans la conception d'une description de poste peut rendre le poste plus adapté à la culture. Les responsables nationaux et du district au sein du MSP ou d'autres entités peuvent assurer que la description de poste contribue à atteindre les objectifs nationaux et s'aligne avec les descriptions de poste dans d'autres programmes d'ASC. Les conseillers techniques peuvent fournir des modèles de programmes réussis dans d'autres pays ainsi qu'une plus large perspective étayée par la recherche et les meilleures pratiques.

Dans la pratique, un programme peut avoir besoin de trouver un équilibre entre la participation locale et la normalisation. Par exemple, il peut être préférable d'avoir un modèle avec des résultats mesurables proposés, mais il faudra travailler

avec les parties prenantes pour l'adapter, ainsi qu'encourager les ASC à rédiger leur propre code de conduite (voir l'Encadré 27). Dans les programmes exécutés dans plusieurs districts, la description de poste (pas forcément synonyme du code de conduite) est souvent la même pour tous les ASC.

Répondre aux questions sur les objectifs, les compétences nécessaires pour les atteindre et la satisfaction des ASC. Pour créer une description de poste, y compris les objectifs de performance, répondez aux questions suivantes.

- Quelles caractéristiques un ASC devrait-il avoir ? Un bref profil (les critères de sélection) d'un candidat parfait que le programme espère attirer pourrait comprendre son attitude, sa réputation dans la communauté, sa contribution aux activités communautaires dans le passé, son niveau d'études (éventuellement) et son expérience antérieure en matière de santé (voir l'Encadré 25).
- Quelles sont les tâches spécifiques qu'un ASC devrait être en mesure d'accomplir correctement ? On les appelle souvent « les compétences de base » (voir l'Encadré 26). Identifier les tâches en donnant autant de détails que possible facilite la conception de la formation, ainsi que des systèmes de supervision et de suivi. Les tâches doivent être liées aux résultats recherchés par le programme.
- Comment la performance et les réalisations des ASC seront-elles mesurées ?
- Quelles sont les conditions de travail ? Cela comprend le lieu de résidence, les heures de travail estimées par jour ou par semaine, le « lieu de travail » (la maison, la case de santé, etc.) et les primes.

ENCADRÉ 25 : EXEMPLE D'UN PROFIL D'ASC DANS UNE DESCRIPTION DE POSTE

- Élu par la communauté
- Membre respecté de la communauté, avec une bonne réputation
- Honnête, aimable et prêt à ouvrir sa porte la nuit pour aider les enfants malades
- Peut se rendre disponible pour une formation initiale de 5 jours et la mise à niveau une fois par mois
- Prêt à être supervisé à la maison et assister à une réunion mensuelle de coordination dans la formation sanitaire
- Habite dans la communauté et voyage rarement

ENCADRÉ 26 : EXEMPLES DE COMPÉTENCES DE BASE DES ASC

- Identifier l'enfant malade (nom, âge et d'autres informations) et remplir le formulaire d'enregistrement.
- Évaluer les signes de danger, les signes de maladie et les signes indiquant d'autres problèmes que l'ASC ne peut gérer.
- Prendre le rythme respiratoire.
- Classifier l'enfant.
- Traiter l'enfant avec le médicament, la dose et la durée appropriés.
- Administrer la première dose.
- Conseiller au pourvoyeur de soins comment administrer les médicaments.
- Utiliser des cartes de conseils et des cartes de rappel pour les mères afin de conseiller au pourvoyeur de soins comment administrer les médicaments et d'autres comportements clés au sein des ménages.
- Sonder le pourvoyeur de soins en lui demandant s'il a des questions et en lui demandant de répéter les instructions.
- Prendre des dispositions pour une visite de suivi.
- Référer les enfants avec des signes de danger.
- Faciliter la référence.
- Compléter les registres de patients.
- Faire les visites de suivi.
- Tenir les registres de stock de médicaments et stocker correctement les médicaments.

Élaborer le code de conduite des ASC. Idéalement, les ASC identifient les normes concernant leurs actions dans le cadre de leur formation. L'Encadré 27 présente un code de conduite élaboré par les ASC au Sud-Soudan.

ENCADRÉ 27 : EXEMPLE D'UN CODE DE CONDUITE DES ASC

- Être engagé à servir le peuple qui nous a choisis.
- Éviter l'alcool pendant que l'on travaille comme prestataire de la communauté.
- Ne pas utiliser les services pour faire des amis ou des ennemis.
- Ne pas demander à la communauté des faveurs ou des dons en argent en échange des services.
- Ne pas offrir des services autres que ceux qui sont assignés.
- Voir et traiter les cas conformément aux directives.
- Éviter de se disputer et de se quereller quand une mère amène un enfant.
- Être attentif aux besoins de la communauté.
- Informer les membres de la communauté si nous devons voyager en dehors de la communauté.
- Ne jamais donner un médicament à la mère si l'enfant n'est pas avec elle.
- Toujours respecter la confidentialité des informations sur les membres de la communauté.
- Être doux et attentionné.

Préparer un contrat de performance. La description de poste peut servir de base pour la rédaction d'un contrat de performance signé par chaque agent ou chaque communauté. Le contrat est utile non seulement pour fixer les objectifs de performance, mais aussi pour clarifier le rôle et les obligations des différentes parties prenantes : la communauté, la formation sanitaire, les gestionnaires, etc. L'Encadré 28 contient un exemple de contrat de performance.

ENCADRÉ 28 : EXEMPLE D'UN CONTRAT ASC

Je soussigné(e), _____ accepte mon poste en tant qu'ASC. Je tiens à être formé(e) en qualité d'ASC et servir ma communauté après la formation. Je servirai ma communauté avec diligence dans le traitement des enfants de moins de 5 ans pour la diarrhée, le paludisme et la pneumonie avec des médicaments fournis par le programme. J'accepte que l'infirmier / infirmière de la formation sanitaire à _____ soit mon superviseur, et je m'engage à faire le compte rendu de mes activités à la communauté et au programme.

Signature de l'ASC	Signature du leader communautaire	Signature du responsable de la formation sanitaire	Signature d'un représentant du MSP du district ou d'autres programmes
_____	_____	_____	_____
Fait le	Fait le	Fait le	Fait le
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Envisager de multiples sources de motivation pour les ASC dans l'élaboration d'un plan de dynamisation. Les activités et les responsabilités dans la description de poste devraient se résumer à un rôle satisfaisant et motivant pour les ASC. Les principales sources de satisfaction au travail sont les suivantes¹²⁴.

- Le travail est centré sur l'orientation, le soutien et la responsabilité.
- La personne effectuant le travail se développe grâce au travail, se sent valorisée et partie prenante.
- L'environnement de travail est harmonieux et facilite la collaboration.

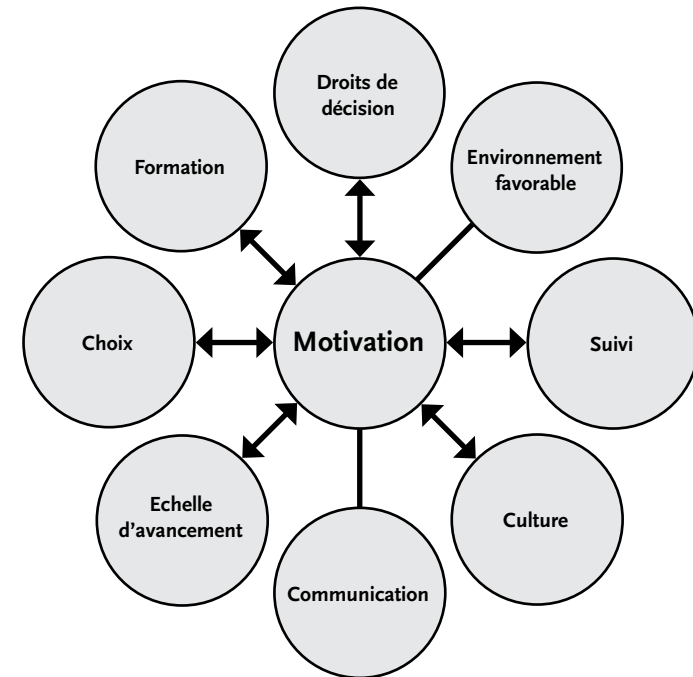
ENCADRÉ 29 : QU'EST-CE QUI MOTIVE LES ASC AU RWANDA ?¹²³

Les « distributeurs », les ASC qui assurent des traitements contre le paludisme dans les communautés, demandent trois types de mesures incitatives, dont aucune ne concerne une rémunération ou un salaire :

- une formation continue, dont les éléments comprennent par exemple la mise à niveau, des revues, la formation dans d'autres sujets, ou des émissions radios pour suivre des programmes éducatifs ;
- des outils essentiels à l'exécution de leurs fonctions, dont des bottes de caoutchouc, des parapluies, des sacs, des bicyclettes, des torches, du kérosène ou l'indemnisation pour le transport et
- la rémunération non monétaire, en particulier la dispense d'autres tâches communautaires (la patrouille communautaire, le jour de nettoyage, etc.) et l'inscription à la « mutuelle », un régime d'assurance maladie communautaire prépayée.

La satisfaction est étroitement liée à la motivation. Les initiatives PEC-C doivent trouver un moyen de motiver les ASC ainsi que les personnes qui les supervisent et soutiennent. Même si la motivation est souvent associée à la rémunération financière, l'importance de la motivation financière est surestimée au détriment d'autres facteurs efficaces de motivation. La motivation est aussi liée à la durabilité : les ASC et d'autres personnes sont moins susceptibles de quitter un programme quand ils sont motivés.

FIGURE 10 : SOURCES DE MOTIVATION



Un plan de motivation prend en compte de multiples sources de motivation en plus d'incitations financières, comme l'illustre la Figure 10. Le plan indique les moyens d'encourager les ASC et explique la façon de soutenir chaque stratégie. Les superviseurs, les prestataires en établissement et le personnel d'autres programmes ont aussi besoin de plans de motivation.

Choisir les bonnes personnes. La motivation fonctionne mieux si le programme réussit à choisir des personnes intéressées par le travail de PEC-C et prêtes à servir leurs communautés. Les membres de la communauté sont les mieux placés pour identifier les personnes possédant ces qualités. Une structure de prise en charge communautaire peut être un bon point de contact pour résoudre les conflits résultant du travail d'un ASC avec des ménages difficiles, tels que ceux qui refusent de respecter la décision de l'ASC de référer un enfant présentant des signes de danger. Les membres du comité de santé du village, qui sont très respectés dans la communauté, peuvent intervenir rapidement au nom de l'ASC dans des cas pareils.

La formation a un impact majeur sur la motivation. Les ASC sont conscients de l'utilité d'être formés à une compétence pratique d'une valeur sociale, telle que donner des médicaments destinés à sauver la vie de jeunes enfants. Une formation régulière interne, que ce soit en classe ou au travail, encourage le progrès personnel. Les ASC peuvent également recevoir des récompenses périodiques sous forme de paiements de faible montant afin de rembourser les frais du moyen de transport que les ASC utilisent pour se rendre à des sessions de formation. La Section V, « Amélioration de la qualité de la PEC-C », décrit les enjeux de formation de manière plus détaillée.

Droits de décision. Attribuer des droits de décision signifie déléguer les décisions aux employés à tous les niveaux du système, y compris les ASC. Les experts en ressources humaines notent que la capacité de prendre des décisions importantes est un élément clé de la satisfaction au travail. Les gestionnaires doivent communiquer clairement les décisions que les ASC peuvent prendre (par exemple, quels enfants ont besoin de traitement) et quelles décisions ils ne doivent pas prendre (par exemple, s'il faut tenter une deuxième série de traitements pour un enfant chez lequel la première a échoué). Le pouvoir de décision varie d'un contexte à un autre, mais dans tous les cas les ASC et d'autres prestataires devraient être associés aux décisions non seulement sur les soins cliniques, mais aussi sur leurs méthodes de travail.

Un environnement favorable à la motivation comprend le bon fonctionnement de l'approvisionnement pour les ASC et des structures de prise en charge communautaire qui soutiennent les ASC. Le manque d'outils appropriés permettant de répondre aux exigences de l'emploi diminue la motivation. Dans tous les cas, les ASC ont besoin des médicaments, des outils pour tenir des registres et du matériel de propagande. D'autres fournitures qui contribuent à générer la motivation peuvent varier considérablement, et il est souvent impossible de donner aux ASC tout ce qu'ils voudraient avoir. Les ASC partent parfois du principe qu'il n'y a pas de mal à demander. Toutefois, à partir du moment que d'autres éléments de motivation sont présents, ils ne se découragent pas lorsque les superviseurs expliquent pourquoi la demande ne peut être honorée. De nombreux programmes donnent aux ASC des objets tels qu'imperméables, lampes de poche, badges, T-shirts, casquettes, savon, classeurs et sacs de transport. Dans les zones où les ASC sont obligés à parcourir de longues distances ou lorsque les habitations des clients sont difficiles à atteindre, certains programmes offrent un moyen de transport, par exemple un vélo.

Le suivi et la supervision sont étroitement liés à la communication et à la motivation. Pour les gestionnaires et les superviseurs, le suivi permet de savoir quels prestataires fonctionnent bien et quels ont besoin d'aide. Pour les prestataires, le suivi signifie que leur travail est reconnu et qu'il a un impact mesurable. Il a été souvent démontré que ce sentiment que la valeur de son travail est reconnue et que son impact peut être démontré représente une source de motivation par excellence¹²⁵. L'encadrement par les gestionnaires de programme et la supervision

régulière sont également très motivants. Les ASC apprécient également des systèmes de notification bien conçus qui ne sont pas lourds et qui leur permettent de voir les changements qu'ils produisent dans la communauté.

La culture, bien que moins tangible, offre de nombreuses opportunités pour la motivation. Des exemples possibles sont une forte identité du village, la volonté de servir son pays et l'appartenance à une confession particulière. Les gestionnaires doivent également veiller à ce que les facteurs culturels n'excluent pas systématiquement certains membres de la communauté, soit des ASC, soit des personnes ayant besoin de soins.

La communication motive de plusieurs façons. La présentation de comptes rendus satisfait le besoin de voir son travail noté et enregistré, tandis que le feedback sur les comptes rendus donnent aux prestataires et aux superviseurs une idée de l'impact de leur travail. Il est plus important encore de mettre en place une communication régulière—que ce soit par le partage de rapports, le retour d'information, la surveillance régulière ou des réunions mensuelles—pour répondre au besoin humain d'interagir et de travailler en équipe. Des interactions sociales fréquentes entre les AS constituent elles aussi une forme motivante de communication.

Une échelle d'avancement, ou un chemin de promotion au sein du programme qui commence par l'utilisation éventuelle des meilleurs ASC comme superviseurs (au lieu de ne mettre que des infirmières et des professionnels de haut niveau dans les postes avec plus de responsabilité), est rare dans les programmes incluant la PEC-C. Cependant, des exemples existent au Bangladesh, au Pakistan et même aux États-Unis. La formation des ASC pour devenir superviseurs peut amener des écoles locales de soins infirmiers à créer une formation officielle pour les ASC qui le souhaitent. D'autres « possibilités de carrière » pour les ASC qui ont les compétences, l'expérience et la volonté pourraient comprendre celles de tuteurs pour les nouveaux ASC, de co-animateurs de la formation ou d'une autre catégorie de travailleur de la santé, par exemple celle d'aide-soignant.

ENCADRÉ 30 : L'ÉCHELLE D'AVANCEMENT DES ASC AU SÉNÉGAL

Le MSP recrute parmi les ASC le personnel soignant et d'autres assistants de santé pour les postes et centres de santé. Dans un district, l'agent de santé de district récompense chaque année les deux agents de santé les plus performants en prenant intégralement en charge leur formation professionnelle. Le secteur privé se tourne également vers les ASC pour se fournir d'infirmières auxiliaires et d'assistants en pharmacie, comme le font les ONG qui recherchent des superviseurs pair-à-pair. Néanmoins, les gestionnaires doivent garder à l'esprit deux inconvénients possibles : (1) la promotion de bénévoles à des postes gouvernementaux rémunérés peuvent être sujette à des interférences par des élus locaux qui cherchent à utiliser la sélection comme une récompense pour leur soutien et (2) le recrutement d'un ASC par le MSP, le secteur privé ou des ONG risque de priver une communauté de son centre de prestation de services de santé, dont le fonctionnement ne sera plus assuré.

Payer ou ne pas payer ? Éviter les incitations financières pour les ASC à moins qu'il y ait un engagement financier et institutionnel d'une organisation établie de façon permanente⁹².

La PEC-C utilise parfois des incitations financières régulières pour payer les ASC, le plus souvent lorsque les ASC travaillent directement pour le gouvernement. Les avantages des incitations en argent peuvent comprendre un recrutement plus rapide des prestataires communautaires, la popularité dans les communautés et la possibilité pour le programme d'être plus exigeant en ce qui concerne les heures de travail des ASC. Par exemple le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, au Bangladesh, possède une PEC-C efficace et verse des incitations régulières à ses ASC. Le programme Femme agent de santé (FAS), au Pakistan, fait de même.

Les incitations financières ont aussi des inconvénients. Les paiements peuvent attirer des personnes plus intéressées à gagner de l'argent qu'à servir leurs communautés, ce qui réduit la qualité des soins. Il n'est pas toujours possible de maintenir ces paiements à long terme, et ils peuvent augmenter considérablement les coûts d'un programme. Par exemple, un paiement 4 US\$ par mois à chaque ASC dans une zone de 20 000 ménages, où chaque prestataire s'occupe de 30 ménages, coûterait environ 32 000 US\$ par an. Des incitations financières peuvent également réduire la responsabilité envers la communauté : les ASC deviennent employés du programme, au lieu d'être des bénévoles qui représentent la communauté et sont responsable envers elle. D'autres formes de motivation financière, telles que les petits bénéfices réalisés sur la vente des médicaments, peuvent également avoir des inconvénients : ils peuvent limiter l'accès aux médicaments pour les membres les plus pauvres de la communauté. Si les incitations financières sont utilisées, il est important de mettre en place un bon système de suivi pour garantir qu'elles ne faussent pas l'objectif et la finalité de la PEC-C.

En l'absence d'un engagement financier et organisationnel crédible provenant d'une organisation permanente, comme le gouvernement ou un institut de recherche, les programmes devraient éviter d'offrir des incitations financières aux ASC. Un plan détaillé de motivation créative pour les ASC est plus durable et souvent tout aussi enrichissant pour eux.

ENCADRÉ 31 : LEÇONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE AVEC DES INCITATIONS FINANCIÈRES POUR LES ASC

Au **Bénin**, le programme établi depuis longtemps d'extirpation du ver de Guinée a établi un précédent en fournissant une compensation financière aux ASC. Lorsque de nouveaux programmes intégrés tels que la PCIME-C ont été lancés, les ASC associés à ces programmes s'attendaient à percevoir la même rémunération¹²⁶.

Au **Cameroun**, un programme de santé communautaire soutenu par une ONG a commencé par offrir des incitations financières pour les ASC. Lorsque l'ONG s'est retirée, ces paiements ne pouvaient pas être maintenues. La participation des ASC a diminué, mais les problèmes de santé sont restés¹²⁷.

Au **Mali**, les ONG n'ont pas une approche uniforme aux mesures incitatives pour les ASC. Certaines ont offert des fournitures et des bicyclettes. D'autres ont payé les ASC. Les ASC associés aux programmes à « moindre compensation » ont demandé d'être rémunérés davantage ou sont partis travailler avec des programmes qui payaient ou offraient plus de mesures incitatives. Finalement, le MSP et les ONG ont créé une échelle de primes afin de standardiser les mesures d'incitation¹²⁸.

Au **Mozambique**, les ASC déployés dans les programmes des ONG n'ont pas reçu une compensation monétaire. En revanche, les programmes fournissaient des formations régulières et d'autres formes d'incitation. Lorsque les ONG se sont retirées, le nombre d'ASC actifs est passé de 4 000 à 1 000 ; de plus, sans supervision, les ASC ont commencé à vendre des médicaments subventionnés à partir des postes de santé. En 2008, le gouvernement a commencé à élaborer une stratégie visant à offrir des salaires et de la formation à ces travailleurs et prévoyait de former 2 250 avant 2010¹²⁹.

Assurer des médicaments et des fournitures pour la PEC-C

Sans un approvisionnement constant en médicaments pour traiter chacune des maladies infantiles, le bon fonctionnement de la PEC-C n'est pas possible. Si un approvisionnement ininterrompu en médicaments pour traiter les maladies infantiles n'est pas assuré sur les sites en dehors des formations sanitaires, la PEC-C ne peut pas réussir.

Éviter d'établir des systèmes d'achat et d'approvisionnement parallèles ou autonomes, car ils sont rarement durables. Parfois, des faiblesses dans les systèmes de gestion logistique existants ou des politiques qui limitent le choix des médicaments pour la PEC-C suggèrent qu'une alternative au système national ou de district sera nécessaire pour réussir la PEC-C. Bien que ces systèmes parallèles puissent dépasser les limites sur une petite échelle, ils peuvent rarement être reproduits à plus grande échelle ou continuer à fonctionner une fois que le projet se termine. Prendre le temps de corriger les faiblesses des systèmes existants contribue à la viabilité : les structures revalorisées demeurent longtemps après la fin d'un projet⁸⁵.

Aperçu des étapes pour gérer efficacement les médicaments et les fournitures aux niveaux du district et de la communauté. Une fois que les médicaments de première ligne pour la PEC-C ont été sélectionnés, les étapes indiquées dans le Tableau 13 peuvent aider à gérer efficacement les médicaments et les fournitures pour la PEC-C. Ces étapes s'appliquent généralement à la gestion au niveau du district, mais selon les pays et le programme, certaines étapes peuvent se produire au niveau national ou régional du MSP, plutôt qu'au niveau du district.

TABLEAU 13 : ÉTAPES DE LA GESTION DES MÉDICAMENTS ET DES FOURNITURES

ÉTAPES	ACTIVITÉ / ACTION
1. Approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> Estimer les quantités de médicaments et de fournitures dont le programme aura besoin. Décider comment le programme financera les médicaments et les fournitures. Déterminer comment les médicaments et les fournitures seront obtenus ou achetés.
2. Distribution et stockage	<ul style="list-style-type: none"> Etablir comment les ASC recevront les produits nécessaires. Prévoir le type d'emballage et d'étiquetage. Définir des procédures pour maintenir la qualité des produits une fois qu'ils sont dans le système de PEC-C. Assurer le suivi des stocks de médicaments et de fournitures à différents niveaux du système.
3. Tenue de registres	<ul style="list-style-type: none"> Développer des outils et des systèmes d'archivage.
4. Utilisation	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à l'utilisation rationnelle des médicaments.

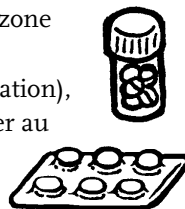
Évaluer les quantités de médicaments et de fournitures nécessaires. Afin d'assurer la disponibilité constante de médicaments, les gestionnaires doivent évaluer les besoins actuels et futurs avec précision, dans le cadre d'un plan ou programme national de santé infantile. Dans la plupart des cas, le personnel du MSP au niveau national est responsable de la programmation des besoins dans le cadre du processus national d'approvisionnement en pharmaceutiques. Des médicaments et des fournitures pour la PEC-C sont obtenus en utilisant le même processus suivi par toutes les formations sanitaires pour s'approvisionner en médicaments.

Comment évaluer les quantités de médicaments et de fournitures

Le processus d'estimation de la quantité de médicaments et fournitures dont un programme aura besoin pour une période de temps spécifique s'appelle la quantification. Il implique l'utilisation des informations passées, telles que les statistiques sanitaires et démographiques du district et les taux d'utilisation estimés.

Les informations nécessaires pour estimer les besoins à partir des données disponibles comprennent

- la population et autres données démographiques pour la zone cible du programme,
- les cas traités dans des formations sanitaires (taux d'utilisation),
- l'incidence réelle ou prévue des maladies qu'on peut traiter au sein de la PEC-C et
- les traitements standard et la quantité de médicaments nécessaires pour un traitement complet.



Avant le lancement de la PEC-C, les gestionnaires, en collaboration avec leurs homologues au niveau central, évaluent la quantité de médicaments en se basant sur les données d'incidence ou de morbidité : le nombre réel ou estimé de cas des maladies spécifiques ciblés par la PEC-C dans la circonscription pour une période d'un an. Les districts peuvent avoir des données sur le nombre estimé de cas, même si, dans certains cas, des estimations nationales sont les seules informations disponibles. Lorsque cela est possible, les données de morbidité doivent être obtenues à partir des établissements plus proches des communautés où la PEC-C aura lieu. Toutefois, le nombre de cas dans les formations sanitaires ne représente généralement qu'une partie des cas réels dans toute la population cible, étant donné que l'intention de la PEC-C est d'atteindre les enfants qui n'ont pas accès aux services de santé. Les données nécessitent donc des ajustements fondés sur les connaissances ou sur des données supplémentaires en matière de morbidité dans la zone d'intérêt particulier du programme (par exemple, des études de la santé infantile, des enquêtes de ménages et des évaluations).

Prendre en compte l'utilisation accrue des médicaments par la PEC-C. Dans la plupart des contextes, l'utilisation de PEC-C est susceptible d'être considérablement plus élevée que l'utilisation de la prise en charge des cas dans les établissements. Certains programmes utilisant la PEC-C ont contribué à quintupler, ou même décupler, l'utilisation des médicaments pour les maladies ciblées dans la circonscription.

Prévoir 10 % de médicaments supplémentaires pour créer un « stock de sécurité ». On évite ainsi des pénuries de fournitures si de nouveaux approvisionnements sont retardés, ou s'il y a une augmentation soudaine et inattendue de la demande.

Multiplier le nombre d'enfants dans chaque groupe d'âge à traiter par le nombre de comprimés (ou d'autres préparations) pour une série de traitement. Cela donne la quantité de médicaments nécessaires.

Ajuster les calculs au fur et à mesure que le programme progresse. Au début du programme, l'estimation initiale devrait être réexaminée périodiquement et, si nécessaire, révisée pour garantir que la quantité de médicaments achetés répond aux besoins du programme au fur et à mesure de sa mise en œuvre et son expansion. Après le démarrage du programme, la consommation de médicaments—le nombre de doses ou d'unités de chaque médicament dispensé par l'ASC dans une communauté sur une période de temps spécifique—est l'information la plus importante pour évaluer la quantité requise. Les ASC et leurs superviseurs sont responsables de l'enregistrement et la collecte des données de distribution et de leur transmission aux gestionnaires.

Autres considérations à inclure dans le calcul et la révision des quantités nécessaires sont

- l'étape du programme : démarrage ou expansion ;
- l'augmentation de la demande lorsque la communauté utilise davantage la PEC-C ; et
- la saisonnalité : augmentation ou diminution de l'incidence de certaines maladies à certains moments de l'année.

ENCADRÉ 32 : EXEMPLES DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À LA PEC-C

- minuteurs ou montres pour mesurer la fréquence respiratoire (voir également l'Encadré 20)
- matériels pour faire la démonstration de la préparation des SRO (cuillères, pots ou récipients de mesure)
- tasses et eau potable pour administrer la première dose
- brassards pour évaluer la malnutrition
- tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme.

Décider comment les médicaments et les fournitures pour la PEC-C seront financés : considérer la viabilité maintenant. La viabilité du financement pour assurer à long terme l'approvisionnement en médicaments pour la PEC-C devrait être prise en compte au début du programme. Idéalement, le système d'approvisionnement du MSP finance les médicaments pour la PEC-C, même si ce montant comprend une contribution financière des partenaires au développement et des ONG. Cependant, la subvention gouvernementale—ou la garantie des contributions continues versées par des partenaires—peut s'avérer insuffisante pour faire fonctionner l'approvisionnement en médicaments sans perturbations et de manière efficace au démarrage ou bien au-delà de la vie d'un projet. Dans une telle situation, des mécanismes de recouvrement des coûts (revenus des frais facturés aux clients) devraient être pris en considération. Un projet pilote ou un projet de démonstration offre une opportunité de tester le fonctionnement d'un système de recouvrement des coûts ainsi que ses effets sur la demande et l'utilisation de la PEC-C. Lorsque la politique nationale ou, peut-être, la politique du district favorise ou approuve la contribution directe des patients aux coûts des médicaments, il peut y avoir peu d'objections à une telle approche. Même lorsque la politique stipule que les patients devraient recevoir des médicaments gratuitement, il sera peut-être possible de négocier l'expérimentation d'un mécanisme de recouvrement des coûts.

Le fonds renouvelable pour les médicaments (FRPM) est un mécanisme très populaire pour le financement durable de la PEC-C. Les FRPM sont généralement associés aux formations sanitaires, en particulier depuis l'Initiative de Bamako¹³⁰, mais ils peuvent être utilisés dans la PEC-C. Qu'il soit associé à un établissement ou aux programmes de PEC-C, les principes d'un FRPM restent les mêmes. Les arguments

évoqués ci-dessus s'appliquent avec très peu de modifications à presque toute forme de recouvrement des coûts. Il y a beaucoup de formes de FRPM différentes, mais leur point commun est que des frais sont facturés pour les médicaments délivrés¹³¹.

Examiner les arguments pour et contre l'établissement d'un FRPM¹³². En bref, leurs partisans disent que les FRPM peuvent

- générer des recettes importantes ;
- améliorer la disponibilité des médicaments et la qualité des soins ;
- encourager l'équité en rendant les médicaments plus accessibles aux pauvres, tout en faisant payer ceux qui en ont les moyens ;
- renforcer la décentralisation par le contrôle local des ressources et
- encourager l'efficacité dans la gestion et l'utilisation des médicaments.

Ceux qui s'y opposent disent que

- les coûts de collecte peuvent dépasser les recettes perçues,
- la disponibilité des médicaments et d'autres mesures de qualité ne se trouveront pas forcément améliorées,
- les frais d'utilisation sont une forme de « impôt maladie » qui se substitue à des dépenses publiques,
- les personnes sont dissuadées de recourir aux soins de santé essentiels et
- les FRPM incitent à prescrire trop.

Les FRPM sont souvent conçus de telle sorte que les revenus générés ne couvrent que les dépenses encourues pour l'acquisition des médicaments et ne sont pas suffisants à couvrir les autres coûts récurrents de programme (la supervision, la formation, etc.). Si ceci est le cas, d'autres sources de revenu seront nécessaires pour atteindre un point d'équilibre financier complet.

Répondre à des questions clés dès que la décision d'établir un FRPM est prise. Les réponses à ces questions éclairent le processus de conception d'un FRPM.

1. Quel est l'objectif de recouvrement des coûts du FRPM ?

Les étapes progressivement plus ambitieuses peuvent suggérer les objectifs suivants :

- recouvrement partiel des coûts des médicaments,
- recouvrement intégral des coûts des médicaments (le transport, etc.),
- recouvrement intégral des coûts des médicaments + certains frais de fonctionnement locaux et
- recouvrement intégral des coûts des médicaments + tous les frais de fonctionnement locaux (« recouvrement intégral des coûts »).

Il existe une tension naturelle entre l'objectif de santé publique de la PEC-C (c'est-à-dire, accroître l'accès aux services curatifs) et l'objectif financier du FRPM

(c'est-à-dire, être aussi financièrement autonome que possible). Idéalement, d'autres sources potentielles de revenu éviteront au FRPM d'être entièrement responsable de la viabilité financière d'un programme (« recouvrement intégral des coûts »).

2. Y aura-t-il des paramètres au recouvrement des coûts ? Lesquels ?

Plus précisément :

- Y aura-t-il des exemptions de charges (par exemple, selon l'état de la maladie, selon le type de médicament / fournitures, selon le niveau économique du client) ?
- S'il y aura des exemptions, comment seront-elles appliquées et contrôlées ? Dans les programmes sans la PEC-C où sont inclus les médicaments et fournitures pour la planification familiale et pour la tuberculose et autres maladies, des exonérations de paiement pourraient s'élever de 30 à 50 % de toutes les dépenses de médicaments. S'il y aura des exemptions, elles doivent certainement être prises en compte dans le calcul du bilan.

3. Quelles sont les conditions de financement au démarrage ?

Afin de demeurer solvable, le FRPM doit disposer de fonds de démarrage suffisants. Un exemple du calcul des fonds nécessaires est indiqué ci-dessous. Il prend en compte le montant d'argent permettant d'acheter la première série de médicaments pour tous les ASC (calcul 1) et le montant d'argent pour le « pipeline », à savoir les médicaments dans les entrepôts locaux et (si le FRPM est assez grand) dans le stock central (calcul 2). L'Étape 2 suppose trois niveaux d'approvisionnement : ceux du stock central, du district et des ASC. Ce schéma doit être ajusté en fonction du contexte. Pour l'Étape 1, il est possible de faire un calcul séparé par médicament, par ASC (volume haut / bas), etc.

Le calcul du capital de départ nécessaire pour faire tourner un FRPM avec succès¹³²

1. Calcul du volume prévu de ventes mensuelles

Nombre moyen de patients par mois et par ASC	20
Coût moyen par article de médecine	0,20 US\$
Moyenne d'articles par patient	2
Moyenne des ventes mensuelles par ASC	8,00 US\$
Nombre d'ASC	1 000
Total des ventes mensuelles	8 000 US\$

2. Calcul du « pipeline » (nombre de mois nécessaires pour le stock initial)

	Nombre de mois
« Pipeline » d'achat central (temps de la commande à la livraison)	2
Stock central de sécurité (empêche les ruptures de stock)	3
Stock central actif	2
Fonds en caisse (niveau central)	2
Stock de sécurité du district	2
Stock actif du district	1
Fonds en caisse (niveau du district)	1
Stock de sécurité pour les ASC	1
Stock actif pour les ASC	0,5
Fonds en caisse (ASC)	0,5
Nombre de mois pour le « pipeline »	15

L'argent liquide nécessaire pour une capitalisation du FRPM = 8 000 US\$ × 15 = 120 000 US\$

Évitez les pièges suivants¹³²

- la hausse imprévue des coûts d'approvisionnement due à l'inflation ou à des évolutions des taux de change ;
- la sous-estimation des coûts de capitalisation du système d'approvisionnement ;
- l'expansion rapide des programmes pour lesquels des fonds supplémentaires ne sont pas mis à disposition ;
- des pertes non anticipées à cause du vol, de la détérioration ou de l'expiration ;
- des coûts d'exploitation qui dépassent les montants budgétés ;
- des prix trop bas pour le niveau prévu de recouvrement des coûts ;
- des exemptions trop nombreuses pour lesquelles il n'y a pas de revenus provenant d'autres sources ;
- des fonds immobilisés dans le système bancaire national ou dans les systèmes de comptabilité du ministère ;
- des retards dans la collecte des subventions ou des revenus provenant d'autres sources ;
- des limitations de devises étrangères qui entravent les achats internationaux pour le réapprovisionnement ;
- l'inexistence de systèmes sécurisés pour la manipulation de l'argent par les ASC : formation, supervision, suivi, etc.

ASTUCE

Introduire des mécanismes de recouvrement des coûts au début d'un programme

Les ASC perdent leur crédibilité et les membres de la communauté sont déçus si les frais sont facturés pour des médicaments ou d'autres services qui étaient offerts gratuitement auparavant. Cela peut décourager l'utilisation des services de PEC-C.

Définir comment les médicaments et les fournitures seront achetés ou obtenus. Les médicaments et les fournitures peuvent être obtenus auprès de fournisseurs privés ou publics, des fabricants ou des organismes comme l'UNICEF et l'OMS. Pour la plupart des initiatives de PEC-C, ce n'est pas au bureau de santé de district mais au niveau central que le MSP assure l'approvisionnement. Il est primordial de veiller à ce que les médicaments et les fournitures pour la PEC-C soient conformes à ceux sélectionnés, en ce qui concerne le dosage et la préparation, et qu'ils soient de bonne qualité.

ENCADRÉ 33 : POURQUOI SE PROCURER DES MÉDICAMENTS COMME PRÉVU DANS LES SPÉCIFICATIONS

Un exemple des problèmes qui peuvent surgir lorsque les systèmes d'approvisionnement ne respectent pas les décisions concernant la sélection des médicaments vient d'un pays dont le nom n'a pas été divulgué. Ce programme a sélectionné le cotrimoxazole 480 mg (comprimés pour adultes) comme médicament pour traiter la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans dans son projet de PEC-C. La disponibilité généralisée de cette forme de médecine dans le système de santé a conduit à cette décision. Toutefois, une organisation partenaire a fourni le stock initial sous forme de comprimés pédiatriques (120mg), plutôt que la dose qui a été décidée lors de la planification. Cela a causé plusieurs problèmes. Les ASC avaient été formés à utiliser les comprimés pour adultes en les brisant afin d'obtenir la dose correcte pour les enfants. De plus, le ravitaillement ultérieur serait à travers le système MSP, où seulement les comprimés de 480 mg étaient disponibles. Les gestionnaires ont dû trouver un moyen d'échanger, avec les hôpitaux de la région, les comprimés pédiatriques contre les comprimés pour adultes avant de distribuer des médicaments aux ASC.

Dons. Dans certains programmes, les médicaments et les fournitures sont donnés. Pour faciliter les dons appropriés et pour éviter de recevoir des médicaments qui ne sont pas nécessaires ou qui ont expiré, les directives proposées sont les suivantes.

- Le médicament est pertinent, approprié aux besoins du programme et basé sur la liste nationale de médicaments essentiels.
- Le choix et la préparation du médicament sont appropriés pour le programme.
- Le médicament est étiqueté dans une langue qui est compréhensible, avec des instructions d'utilisation.
- Les médicaments ne s'approchent pas à la date d'expiration (dans moins d'un an, par exemple).
- La taxe de douane et le processus de dédouanement ne sont pas très lourds (si le don provient d'outre-mer).

Établir la façon dont les produits nécessaires seront reçus. Dans de nombreux pays, le système national de distribution est basé sur un modèle d'approvisionnement central : le dépôt médical central reçoit des médicaments, puis les distribue aux entrepôts de niveau inférieur (par exemple, les dépôts de

district ou les dépôts régionaux), qui distribuent ensuite les médicaments aux formations sanitaires.

Différents types de systèmes de distribution accordent des degrés de responsabilité différents aux différents niveaux du système de santé. Dans un système « **push** », les niveaux périphériques reçoivent des médicaments en fonction de la décision du niveau de gestion supérieur. Par exemple, les ASC peuvent recevoir une trousse contenant des médicaments en quantités prédéterminées selon un calendrier régulier établi par le gestionnaire du programme ou par la formation sanitaire de supervision. Dans un tel système, les gestionnaires examinent régulièrement les quantités de médicaments dans les trousseaux et les comparent à la consommation et aux besoins réels afin de pouvoir modifier le contenu en conséquence, si nécessaire.

Dans un système « **pull** », chaque niveau du système détermine la quantité de médicament dont il a besoin et passe des commandes en conséquence. Avec ce système, les ASC et leurs superviseurs déterminent la quantité nécessaire et commandent le montant soit à la formation sanitaire, soit au dépôt médical du district ou de la province.

Sur la base de l'analyse de situation du système pharmaceutique, les planificateurs de programmes doivent définir un mécanisme de distribution de médicaments aux ASC. L'un des deux processus suivants est généralement le plus efficace et économique.

1. Le superviseur livre les médicaments aux ASC.
2. Les ASC vont régulièrement à une formation sanitaire, un entrepôt médical de district ou une pharmacie pour chercher les médicaments.

Le Tableau 14 montre des avantages et des inconvénients des deux systèmes.

TABEAU 14 : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS POINTS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS UTILISÉS PAR LES ASC

	AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
Superviseur	<ul style="list-style-type: none"> • Combine le suivi et la supervision avec la distribution des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Les visites de supervision n'ont pas toujours lieu avec la fréquence nécessaire pour maintenir un approvisionnement régulier des ASC. • Le manque de transport, les perturbations saisonnières ou d'autres contraintes entravent parfois les visites de supervision. • Des approvisionnements pour des ASC multiples peuvent être lourds à porter.

	AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
Formation sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Moins loin que le dépôt médical Établit un lien et encourage les relations avec les instances de supervision Est un facteur de motivation pour les ASC Aide la formation sanitaire à surveiller la consommation 	<ul style="list-style-type: none"> La disponibilité de médicaments peut être irrégulière (mais le programme peut servir comme une opportunité pour améliorer l'approvisionnement au niveau des formations sanitaires). Les formations sanitaires n'ont pas toujours les ressources humaines ou l'espace physique requis pour gérer les quantités supplémentaires de médicaments ou le processus de distribution auprès des ASC. Peut nécessiter une hausse du prix des médicaments. Cette majoration est petite, en particulier par rapport au bénéfice de l'amélioration des relations avec la formation sanitaire. (Cette observation ne s'applique qu'à un système où le recouvrement des coûts est opérationnel.)
Dépôt médical ou pharmacie de district	<ul style="list-style-type: none"> Plus sûr d'avoir un approvisionnement constant et en quantité suffisante Le système d'information et la tenue des registres sont de meilleure qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Trajet plus long pour les ASC, entraînant des ruptures de stock plus fréquentes. Moins de capacité pour superviser et soutenir les ASC au-delà de la fourniture de médicaments.

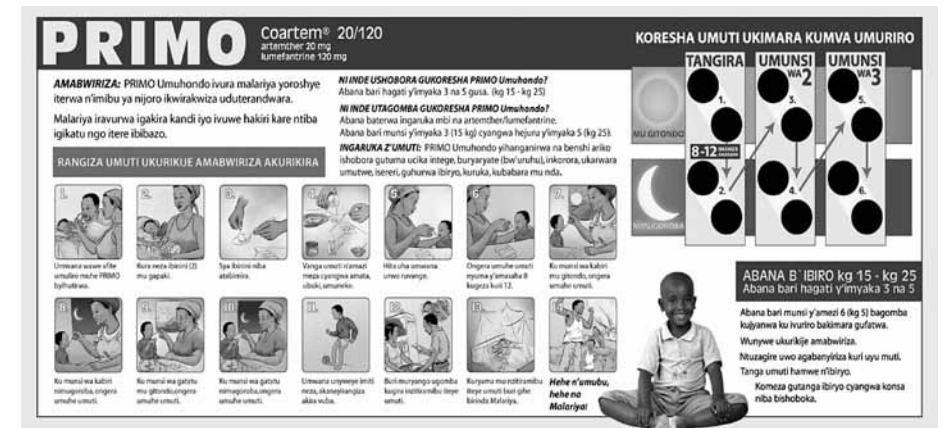
S'occuper de l'emballage et de l'étiquetage. L'emballage est un facteur important dans la distribution. Dans la mesure du possible, les médicaments doivent être conservés dans leur emballage d'origine. Si les comprimés sont en vrac, ils devraient être dispensés aux pourvoyeurs de soins dans des petits sacs en plastique ou en papier, avec l'étiquetage. Le préemballage, lorsque les médicaments sont déjà regroupés en une série de traitement complète, est également une bonne option, en particulier pour les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), car cela peut améliorer l'utilisation correcte. La décision d'utiliser des médicaments préemballés est faite au moment des achats, généralement par le niveau central du MSP, et les autorités du district ne peuvent pas l'influencer. Toutefois, lorsque les comprimés sont en vrac, les autorités de district peuvent prendre des mesures pour s'assurer que des sachets en plastique hermétiques sont disponibles pour la distribution de comprimés. Dans ce cas, un approvisionnement continu de matériel d'emballage secondaire doit être assuré.

ENCADRÉ 34 : ANTIPALUDIQUES PRÉEMBALLÉS POUR LA PEC-C AU RWANDA ^{119, 133}

Au Rwanda, le programme national de lutte intégrée contre le paludisme fournit des paquets transparents préemballés de médicaments antipaludiques pour la PEC-C du paludisme. L'effort coordonné du Programme national de lutte contre le paludisme et trois ONG internationales exige que toutes les formations pour les ASC et tous les services de la PEC-C utilisent des messages appropriés pour la distribution des médicaments préemballés. Chaque dose de traitement en paquet individuel a un code couleur par groupe d'âge (rouge pour les enfants de 0 à 35 mois avec la photo d'un jeune enfant, et jaune pour les enfants de 36 à 59 mois avec la photo d'un enfant plus âgé) et fournit des instructions et des explications en kinyarwanda à l'intérieur du paquet blister transparent. Les formations sanitaires et les ASC utilisent les mêmes médicaments préemballés. Ceci permet de convaincre les membres de la communauté que les services de la PEC-C sont comparables à ceux de la formation sanitaire.



L'intérieur du paquet blister transparent



Si les médicaments ne sont pas encore étiquetés avec le nom du médicament, la dose, la fréquence et la durée du traitement, les ASC écrivent les étiquettes. Dans les cas où les ASC ou les pourvoyeurs de soins ne savent pas lire et écrire, d'autres méthodes peuvent être utilisées, telles que le code couleur et les dessins. Cela est particulièrement important lorsque les ASC donnent des médicaments multiples, pour être sûrs que le pourvoyeur de soins peut les distinguer. Des exemples de dessins utiles sont un soleil (le jour) ou une lune (la nuit) pour indiquer l'heure de la prise des doses, le nombre pour indiquer combien de fois par jour le médicament doit être pris et un plat de nourriture si le médicament doit être pris avec des repas.

Prévoir comment les commandes seront calculées et passées. Comme avec d'autres éléments dans un système d'approvisionnement et de distribution, la commande est liée à des procédures existantes.

Déterminer qui est responsable pour le calcul des quantités de la commande. Cela dépend du niveau d'alphabétisation et des compétences des ASC.

Voici quatre possibilités :

1. Le superviseur de la formation sanitaire calcule la quantité de médicaments à donner à l'ASC sur la base des comptes rendus fournis par l'ASC sur la quantité actuelle en stock, le montant distribué / consommé dans un laps de temps donné, avec une majoration de 10 % pour le stock de sécurité ou le stock régulateur. Les quantités prennent également en compte d'autres facteurs, telles que la saisonnalité des modèles de transmission de la maladie.
2. Il faut équiper les ASC avec les compétences nécessaires pour estimer la quantité de médicaments qu'ils ont utilisés dans un certain laps de temps (la consommation mensuelle, par exemple) et leur montrer comment commander les stocks en se basant sur ces données et en utilisant une formule simple.
3. Une version simple consiste à définir un niveau minimum de stock pour les ASC et de leur dire que lorsque le stock descend en dessous de ce niveau, ils ont besoin de commander une quantité fixe, prédéterminée, que les superviseurs ou les gestionnaires ont calculé à l'avance, en se basant sur les données de consommation et pour permettre un stock de sécurité.
4. Un autre modèle est le « système à deux boîtes ». Les ASC reçoivent deux boîtes avec des quantités égales de fournitures. Dès qu'ils terminent la première boîte, ils commandent une nouvelle boîte. Les bons de commande sont fournis à l'intérieur des boîtes.

ENCADRÉ 35 : CALCUL DE COMMANDES AU SÉNÉGAL

Au Sénégal, les ASC savent lire et écrire, et ils commandent des médicaments sur une base mensuelle. La quantité qu'ils commandent dépend de ce qu'ils ont en stock. Cette approche est une combinaison des possibilités 2 et 3 ci-dessus.

Quantité à commander = 2 × consommations moyenne mensuelle – stock actuel

Si les ASC ont en stock une quantité inférieure à deux fois la consommation moyenne mensuelle, le montant de la commande serait deux fois la consommation mensuelle. Si le stock est supérieur à deux fois la consommation mensuelle, ils ne passent pas de commande.

Par exemple, si un ASC utilise une moyenne de 50 comprimés de cotrimoxazole par mois et au moment de commander, le montant du cotrimoxazole en stock est de 30 comprimés, il / elle a besoin de commander 70 comprimés. Toutefois, si le stock de comprimés de cotrimoxazole est de 100 comprimés ou plus, il n'est pas nécessaire de passer une commande ce mois-là.

Dans ce système, les ASC passent des commandes sur une base mensuelle. Ils utilisent les calculatrices offertes par le programme, ce qui génère une forte motivation et montre la reconnaissance de leur responsabilité.

ENCADRÉ 36 : RÉAPPROVISIONNEMENT : LA FRÉQUENCE ET LES MODALITÉS DES COMMANDES DÉPENDENT DU CONTEXTE

Au **Sud-Soudan**, la saison des pluies rend la circulation de véhicules entre les formations sanitaires et les ASC impossible. Avec 100 ASC et 9 formations sanitaires dans le programme¹³⁴, la mise en œuvre d'un système était indispensable pour assurer un approvisionnement fiable en médicaments nécessaires pour que les ASC puissent traiter le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. Une fois par mois, les superviseurs de chaque établissement de santé se rendent à pied dans chaque village pour livrer les médicaments nécessaires. Ils comptent le nombre de médicaments qui restent dans chaque kit de médecine des ASC, contrôlent le nombre de traitements assurés depuis la dernière visite et vérifient si l'ASC a assez de stock pour durer jusqu'à la prochaine visite de supervision. Ce système a bien fonctionné au Sud-Soudan, avec 98 % des médicaments en stock, même pendant la saison des pluies.

Dans d'autres programmes, les ASC viennent à une réunion mensuelle de la formation sanitaire pour fournir leurs rapports, rencontrer leur superviseur et obtenir des ravitaillements en médicaments si nécessaire.

Élaborer des procédures normalisées pour toute commande, y compris comment et à quelle fréquence les ASC font des demandes de réapprovisionnement. Les commandes doivent être faites à intervalles réguliers, par exemple, chaque mois pendant la première semaine du mois. Si ce sont les ASC qui déterminent les quantités à commander (un système « pull »), des mécanismes appropriés pour communiquer la commande doivent être choisis, par exemple, les ASC peuvent prendre ou envoyer un bon de commande écrit à la formation

sanitaire, ou ils peuvent communiquer la commande en utilisant un poste de radio ou un téléphone portable qu'un superviseur leur fournit.

Élaborer des formulaires de commande simples pour les ASC qui passent des commandes. Les formulaires peuvent être remplis soit par l'ASC soit par le superviseur de l'ASC. Si les ASC sont chargés de remplir les formulaires, ces derniers doivent être adaptés à leur niveau d'alphabétisation et faciles à comprendre. Le formulaire le plus élémentaire est une liste sur une feuille de papier. Le formulaire imprimé a l'avantage de guider les ASC à compléter toutes les informations. La conservation d'un duplicata ou d'une copie carbone de la commande effectuée aide l'ASC à suivre les commandes. La Figure 11 montre un exemple de formulaire de commande un peu plus complexe ; il vient du Sénégal, où la PEC-C a institué le recouvrement des coûts.

FIGURE 11 : FORMULAIRE DE COMMANDE ASC, SÉNÉGAL

Formulaire de commande / livraison							
DISTRICT : _____							
Date : _____							
Site ASC : _____							
Commande faite à : _____ Par : _____							
No.	Nom du produit et forme	Quantité		Prix unitaire		Prix total	
		Commandée	Livrée	Commandée	Livrée	Commandée	Livrée
1	Cotrimoxazole	100		20CFA		2 000CFA	
2	SRO	20		15CFA		300CFA	
	Etc.						
prix TOTAL						2 300CFA	
Montant reçu : (en toutes lettres) _____							
Date de livraison : _____							
Nom, prénom et signature du gérant du dépôt médical : _____							
Nom, prénom et signature de l'ASC : _____							

Élaborer des procédures pour maintenir la qualité des produits au niveau communautaire. Bien que les ASC ne stockent pas de grandes quantités de médicaments, le stockage approprié est nécessaire pour éviter la perte due au vol inaperçu, à la détérioration, à l'expiration et à la contamination.

Conditions de stockage. Dans la mesure du possible, les ASC doivent conserver les médicaments dans un endroit sûr et verrouillé, au sec et ne touchant pas le sol, à l'abri du soleil et dans la partie la plus fraîche de la maison. Les médicaments, et particulièrement les CTA, sont sensibles aux changements de température et, idéalement, devraient être conservés à des températures inférieures à environ 30 ° C.

Une boîte verrouillée, qui a aussi l'avantage de garder également les médicaments propres et les protéger des insectes, rongeurs et parasites, est idéale (Figures 12 et 13). Il est important d'avoir des prises d'air dans les boîtes. Exposées au soleil, les boîtes fermées peuvent atteindre des températures élevées. Les quantités doivent correspondre à une consommation de plusieurs mois.

**FIGURE 12 :
BOÎTE DE RANGEMENT ASC, RWANDA**



**FIGURE 13 :
BOÎTE DE RANGEMENT ASC**



Vérification de l'inventaire. Les superviseurs doivent également vérifier l'inventaire et la tenue des dossiers au cours des visites de supervision, ou lorsque les ASC reçoivent une commande. Cela permet aux superviseurs d'évaluer si les ASC ont besoin de plus de médicaments, de contrôler les stocks et de détecter les erreurs ou les pertes dues aux vols ou aux « fuites ».

Premier arrivé, premier sorti. Lorsque les ASC reçoivent une nouvelle commande de médicaments, ils doivent dispenser le stock qu'ils avaient déjà avant d'entamer les médicaments qui viennent d'arriver.

Sinon, les ASC qui savent lire et écrire peuvent utiliser le système « première date d'expiration, premier sorti », mais ils doivent d'abord apprendre à vérifier les dates d'expiration de leurs médicaments, afin de garantir que les médicaments qui expirent les premiers sont utilisés en premier. Toutefois, c'est également la responsabilité de l'établissement fournisseur de veiller à ce que les médicaments fournis aux ASC n'arrivent pas bientôt à la date d'expiration ou ne sont pas déjà expirés.

Élaborer des outils et des formulaires pour le système d'archivage. Un bon système d'archivage à tous les niveaux permet d'assurer une bonne gestion de tous les aspects du système d'approvisionnement, dont l'achat, la distribution et l'utilisation des médicaments et des fournitures. Les systèmes d'archivage doivent être alignés sur les systèmes d'archivage existants, tout en tenant compte des

besoins du programme et des capacités des ASC. Ces enregistrements peuvent être écrits ou illustrés sur des formulaires imprimés ou dans un cahier.

Bien que les quantités de médicaments stockés par les ASC soient petites, les ASC alphabètes doivent tenir des registres et avoir une « fiche de stock » pour chaque médicament (voir la Figure 14) ou bien un livre ou un cahier avec des pages ou des colonnes différentes pour chaque médicament. (La boîte à outils à la fin de la présente section inclut un registre de médicaments utilisé dans la PEC-C au Nicaragua.) Les ASC enregistrent la date et la quantité de médicaments qu'ils donnent à chaque patient, ainsi que la quantité qu'ils reçoivent lorsque leur stock est réapprovisionné.

De nombreux pays d'Afrique subsaharienne utilisent des RUMER (registres d'utilisation des médicaments et des recettes). Ce système pourrait être adapté à la PEC-C, si les ASC et leurs superviseurs le connaissent déjà bien.

FIGURE 14 : FICHE DE STOCK, SÉNÉGAL

Nom du médicament : <i>Cotrimoxazole</i>						
Dosage : <i>480mg</i>			Forme : <i>Comprimé</i>			
Unité : <i>Comprimé</i>						
Date	Provenant de / destiné à	Entrés	Sortis	Ajustement	Solde	Commentaires
2/10/2007	Dépôt du district	100			100	
5/10/2007	Patient		10		90	
7/10/2007	Patient		10		80	
12/10/2007	Patient		5		75	
03/17/2008	Dépôt du district	50			125	
Instructions : En haut de la carte, remplissez le nom, le dosage et la forme (comprimés ou sirop) du médicament, faisant une seule carte pour chaque médicament conservé. Après avoir dispensé un médicament, écrivez la date dans la première colonne de la carte. Ensuite, écrivez dans la colonne « sortis » la quantité de médicament administré à un patient. Dans la colonne d'ajustement écrivez tous les articles péris, détruits, périmés, perdus ou trouvés. Dans la colonne du solde, calculez ce qui reste si on déduit le montant du solde initial. De cette façon, un total cumulé est retenu du montant du stock restant. Lorsque de nouveaux articles sont reçus, enregistrez-les sur une nouvelle ligne avec la date et le montant reçu dans la colonne « entrés ». Ensuite, calculez le nouveau solde.						

Les unités enregistrées peuvent représenter soit des comprimés soit des traitements. On utilise l'emballage sous forme de paquets blister transparents plutôt que de comprimés en vrac. Selon le nombre de patients consultés par l'ASC, les quantités enregistrées peuvent être soit par patient soit les totaux quotidiens.

Des systèmes d'archivage pour les ASC alphabètes, basés sur la comptabilisation des médicaments distribués ou consommés, sont décrits ci-dessous.

Enregistrer la quantité de médicaments utilisés (la consommation). Ces informations peuvent être prises directement à partir de la fiche de stock ou du registre, lorsque ces outils sont utilisés. Les traitements administrés sont généralement plus faciles à enregistrer que les comprimés, en particulier pour les ASC peu alphabétisés.

Les ASC alphabètes peuvent enregistrer la quantité de médicaments délivrés en utilisant des systèmes de pointage. Les ASC peuvent enregistrer les nombres de comprimés ou de traitements dispensés sur une fiche de marquage séparée, ou sur le formulaire d'enregistrement des enfants malades. Ces supports peuvent faire partie d'un cahier ou être imprimés. L'avantage d'un formulaire imprimé est qu'on peut l'attacher à des rapports mensuels. Souvent, ces formulaires portent des images qui représentent des enfants de sexe et d'âges différents, par exemple un nourrisson et un enfant d'entre 3 et 5 ans. Pour chaque enfant qui reçoit des médicaments, l'ASC fait une marque sous l'image de l'enfant dont l'âge correspond le mieux à celui de l'enfant traité (voir la Figure 15). Un superviseur additionne les marques à intervalles réguliers. Une autre option est de donner aux ASC des bouchons de bouteille dont les couleurs ou types représentent des traitements différents. Les ASC utilisent les bouchons pour indiquer les traitements donnés à des enfants de différentes tranches d'âge.

ASTUCE

Incorporer les informations essentielles aux registres tenus par les ASC afin d'assurer le suivi et l'évaluation

Voici les informations essentielles à incorporer aux formulaires du système d'archivage ASC, que ce soit un formulaire individuel pour chaque enfant consulté ou un registre de tous les enfants consultés :

- le nom de l'ASC
- l'identification des informations sur l'enfant (nom, âge / groupe d'âge, sexe, domicile, date de consultation)
- la classification de l'enfant (fièvre, diarrhée, malnutrition sévère, etc.)
- le traitement dispensé (unités ou série de traitement)
- les références vers des formations sanitaires
- le résultat de la référence
- des visites de suivi

FIGURE 15 : EXEMPLE DE FICHE DE POINTAGE PICTURALE

N°	Date de visite	Nom et prénom de Patient	Sexe		Age	Maladie				Frequence Resp.	Temp	Traitement administre				Réfère (Oui/Non)	
			M	F		Fievre <24 hrs	>24 hrs	Diarree <24 hrs	>24 hrs			Toux <24 hrs	>24 hrs	TCA	Zinc		SRO
S/Total		Total		Mois:													

Assurer une utilisation rationnelle des médicaments et éviter la résistance aux antimicrobiens. Les ASC bien formés et encadrés sont capables d'évaluer et traiter correctement les enfants malades en fonction des directives, comme nous l'avons vu dans la Section I. Toutefois, l'utilisation inappropriée des médicaments est à éviter tout prix. C'est dangereux pour l'enfant, dont la récupération peut s'en trouver ralentie ou empêchée. Si l'état de l'enfant ne s'améliore pas, l'ASC risque de perdre la confiance du pourvoyeur de soins, qui demandera des soins ou des médicaments auprès d'autres sources moins efficaces et potentiellement dangereuses. Lorsque les médicaments sont utilisés de façon appropriée, l'état de l'enfant est plus susceptible de s'améliorer, et les pourvoyeurs de soins sont plus susceptibles d'être satisfaits de la qualité des soins fournis par les ASC. De plus, une utilisation inappropriée peut conduire à une conséquence tout aussi nuisible, le développement d'une résistance aux antimicrobiens dans le cas des antibiotiques et des médicaments antipaludiques.

L'utilisation rationnelle des médicaments ne comprend pas seulement l'évaluation et le traitement corrects des enfants, l'utilisation du bon médicament au bon dosage. Elle comprend également l'information, à la fois verbale et écrite, communiquée aux pourvoyeurs de soins pour les aider à comprendre comment donner le médicament à leurs enfants à la maison. La Section VI, « Augmentation de la demande des services de PEC-C », donne plus de détails sur la façon dont les ASC devraient conseiller les pourvoyeurs de soins pour aider les familles des enfants malades à mettre en œuvre des schémas thérapeutiques.

Construire un système de référence communautaire

Par définition, la PEC-C est la mieux adaptée aux communautés qui n'ont pas accès aux services de santé. Par conséquent, la référence vers un établissement de santé est un défi. Néanmoins, les cas graves méritent un effort supplémentaire. Un système de référence qui fonctionne bien a de nombreux avantages pour la PEC-C, y compris le traitement d'enfants gravement malades et le renforcement des liens entre les ASC et les formations sanitaires.

Un système de référence qui complète la PEC-C dans la communauté est pris en charge par le système de santé et géré et mis en œuvre grâce aux ressources communautaires. À ce jour, l'expérience avec les systèmes de référence pour les enfants malades est limitée, surtout en comparaison aux nombreuses années d'expérience avec les urgences maternelles. Les conseils techniques pour les systèmes de référence ne sont donc pas aussi bien développés qu'ils le sont pour les directives en ce qui concerne l'évaluation et le traitement des enfants malades, ou le recrutement et le soutien technique des ASC.

Comprendre la différence entre le système de référence dans la PEC-C et la promotion du recours aux soins dans la PCIME-C. Dans le cadre de la PEC-C, les ASC traitent généralement les cas bénins et orientent les enfants malades vers une structure spécialisée si

- un ou plusieurs signes de danger sont présents—une consultation urgente ;
- les directives ou les algorithmes utilisés par l'ASC indiquent la nécessité de référer l'enfant malade (par exemple, l'enfant a une maladie que l'ASC ne peut pas gérer—généralement il s'agit des références non urgentes ou autres) ;
- après un ou plusieurs jours de traitement, l'état de l'enfant ne s'améliore pas ou s'aggrave ou
- l'ASC ou la famille est mal à l'aise avec la prise en charge à domicile.

Contrairement à dans la PEC-C, les ASC dans d'autres programmes encouragent des pratiques de prévention et de recours aux soins dans les formations sanitaires, mais ils ne fournissent pas certains ou toute la gamme des antibiotiques ordinaires et / ou des médicaments antipaludiques aux enfants malades dans la communauté. Ils orientent tous les enfants ayant besoin d'antimicrobiens vers un établissement.

Les systèmes de référence dans la PEC-C sont avantageux pour les enfants malades, les communautés et le système de santé. Les avantages des systèmes de référence comprennent

- la mise à disposition de procédures et de traitements disponibles qui ne se fournissent pas facilement au niveau communautaire, tels que les tests de laboratoire, les solutés et médicaments intraveineux et un plus large éventail de traitements, dont les anticonvulsivants et l'oxygène ;

- le renforcement des liens entre les ASC et les établissements de premier et deuxième niveau et la consolidation du principe que les prestataires communautaires sont des collaborateurs dans le système de santé officiel et non des concurrents des formations sanitaires et
- l'accélération de la sensibilisation des prestataires de soins sanitaires en établissement sur les conditions sanitaires au niveau communautaire, telles que la présence d'épidémies ou de flambées de dysenterie, de méningite ou de fièvre jaune.

Mettre en place un système de référence assisté afin de contrer la faible réussite du système de référence verbale. La plupart des programmes reposent sur le système de référence verbale, qui permet à l'ASC d'examiner l'enfant, puis d'informer les parents s'il faut faire soigner leur enfant dans un établissement de santé. Cependant, la référence verbale est rarement suffisante pour garantir qu'une famille se rend à un établissement où le traitement nécessaire sera fourni. Dans de nombreux contextes, la référence verbale a un faible taux de réussite.

Un système officiel de référence assistée¹¹ comporte plusieurs actions effectuées par l'ASC pour remédier aux faiblesses dans un système qui repose uniquement sur la référence verbale et / ou des fiches de référence.

Quatre composantes du système de référence assistée. Un ASC réussit à effectuer une référence assistée s'il effectue, au minimum, toutes les actions des composantes 1, 2 et 3 ci-dessous et au moins une action de la composante 4, afin de garantir que les enfants malades qui ont besoin d'un traitement sont admis dans l'établissement le plus proche.

1. **L'ASC conseille et encourage pour que la référence soit menée à bien (les deux actions)**
 - L'ASC explique aux familles pourquoi la référence est nécessaire, et comment et où obtenir des soins, et il encourage la poursuite conforme de la référence.
 - L'ASC écrit dans un registre de référence ou remplit une fiche de référence qu'il donne au pourvoyeur de soins de l'enfant. De préférence, le document de référence retrace l'histoire de la maladie et du traitement pour faciliter la réception et l'évaluation rapide dans la formation sanitaire.
2. **Suivi de la référence (l'ensemble des trois actions)**
 - L'ASC enregistre tous les cas visés dans un registre ou sur le formulaire d'enregistrement de chaque enfant.
 - Après avoir examiné et traité l'enfant dans un établissement de santé, l'agent de santé écrit une note à l'ASC en indiquant le résultat de la référence et en expliquant le suivi que l'ASC doit effectuer à la maison. C'est ce qu'on appelle la « contre-référence ».

- La référence et la contre-référence sont enregistrés dans un système d'information sanitaire, et le résultat de la référence est traité lors des visites de supervision ou lors des réunions mensuelles.

3. **L'ASC assure le traitement initial avant la référence**

- Cela est particulièrement important pour les cas où il faudra plusieurs heures pour atteindre l'établissement de premier niveau, et un retard dans le démarrage du traitement met la vie de l'enfant en danger.

4. **L'ASC s'attaque aux obstacles à la référence : l'accès géographique et l'accessibilité financière (au moins une action)**



- L'ASC s'informe sur les obstacles à la référence et travaille avec la famille pour y faire face.
- L'ASC a accès à, ou peut informer la famille sur, une source d'argent au niveau de la communauté qui peut fournir ou prêter à la famille les fonds nécessaires pour recourir aux soins dans un établissement de santé.
- L'ASC a accès à, ou peut informer la famille sur, une source de transport d'urgence au niveau communautaire.
- L'ASC accompagne la famille à la formation sanitaire pour garantir qu'ils reçoivent des soins immédiats.
- L'ASC met au courant la formation sanitaire par radio ou par téléphone cellulaire, et informe le pourvoyeur de soins que l'établissement attend l'arrivée de l'enfant.

Au retour, pour assurer le suivi, l'ASC veille à ce que les indications de la contre-référence soient respectées et explique aux pourvoyeurs de soins que leur aide est importante afin de générer chez eux des comportements favorables.

Étapes à suivre pour concevoir un système de référence à base communautaire. Dans le cadre de la PEC-C, la référence est un processus lors duquel un ASC évalue les besoins immédiats d'un enfant malade et détermine la nécessité pour l'enfant de se faire soigner dans un établissement de santé. Organisé au niveau communautaire, le processus de référence est basé sur le travail en coordination avec des niveaux plus élevés des services de santé et facilite le transfert des enfants gravement malades dans un établissement.

L'organisation ou la structure qui s'occupe de la première référence des malades s'appelle la « structure de référence » ou le « point initial de référence ». Dans le cadre de la PEC-C, c'est l'ASC qui est le plus souvent le point initial de référence. L'organisation ou la structure vers laquelle le patient est orienté pour recevoir des soins s'appelle la « structure d'accueil ». Pour la PEC-C, la structure d'accueil est habituellement un établissement de santé de premier niveau, mais dans certains cas un établissement de deuxième niveau peut assurer ce rôle.

La conception d'un système de référence à base communautaire doit prendre en considération un large éventail de facteurs : des comportements culturels, la qualité des soins à l'établissement d'accueil et bien d'autres. La compréhension du processus de référence par les pourvoyeurs de soins et l'amélioration d'accès au système de référence sont deux questions à traiter lors de la conception. Beaucoup de modèles d'intervention à base communautaire se focalisent sur l'accès à la référence et négligent l'importance de bien comprendre la prise de décision en termes de référence. Les Étapes 1 et 2 ci-dessous décrivent les considérations et les acteurs dans la compréhension de la référence par les pourvoyeurs de soins des enfants ; les Étapes 3 et 4 traitent l'accès à la référence.

Étape 1 : Définir le processus d'identification des cas qui doivent être orientés vers un établissement de santé

- Se rapporter à des algorithmes de PEC-C ou des directives pour des définitions claires des cas, conditions ou maladies qui nécessitent la référence.
- Identifier clairement la personne chargée de la référence ; habituellement, ce sont les ASC formés qui assurent ce rôle.
- S'assurer que la formation destinée aux ASC, les directives et outils connexes consacrent une attention suffisante à l'acquisition de connaissances sur le processus de référence.
- Définir ce qui doit être fait pour aider les pourvoyeurs de soins à comprendre le processus de référence. Cette étape inclut souvent l'élaboration de supports qui aident les mères et les autres pourvoyeurs de soins à identifier les problèmes de santé des enfants qui nécessitent une attention immédiate et à comprendre les mécanismes de référence. (Voir la Section VI, « Augmentation de la demande », pour plus d'informations sur l'élaboration du matériel d'encadrement que les ASC utilisent pour aider les pourvoyeurs de soins à comprendre le processus de traitement.)

Étape 2 : Prendre en compte la décision prise par les familles afin de réussir l'exécution de référence

L'exécution de référence est un processus complexe basé sur l'expérience personnelle précédente avec la structure d'accueil et sur l'acceptation de la nécessité de référence par le pourvoyeur de soins ou par le décideur¹⁰⁷. Un système de référence réussi tient compte des nombreux facteurs pouvant influencer la décision d'évacuer un enfant malade de la communauté. Dans la conception d'un système de référence, il est important de prendre en considération les questions suivantes.

- Quelles personnes au sein du ménage et de la communauté décident ou influencent la décision de sortir un enfant malade de la communauté pour l'amener à l'établissement de référence ? Dans de nombreux cas, c'est le père de l'enfant, mais cette personne peut aussi être un autre membre de la famille ou de la communauté.

- Quel est le niveau de confiance et de qualité de la communication aux deux extrémités d'un système de référence (le point initial de référence et la structure d'accueil) ? Une mauvaise communication peut avoir une influence négative sur la décision d'amener un enfant hors de la communauté. Les ASC peuvent prendre des mesures pour que le pourvoyeur de soins et le décideur comprennent le raisonnement derrière la référence, ce qui permettra de les associer à la prise de décision concernant la référence.
- Comment la famille ou la communauté perçoit-elle la qualité des soins à l'établissement d'accueil ? L'expérience personnelle ou des anecdotes racontées dans la communauté sur un mauvais traitement dans l'établissement d'accueil sont parmi les facteurs les plus importants qui influent sur l'efficacité de la référence. Le programme devrait prendre des mesures pour veiller à ce que des soins de qualité soient disponibles dans la structure d'accueil. Par ailleurs, les ASC doivent être en mesure d'améliorer la perception des soins à l'établissement d'accueil.

Si l'analyse de situation n'a pas exploré les facteurs qui influent sur les choix des familles de suivre les conseils de la référence, cette étape du processus de conception peut nécessiter des études qualitatives comme des groupes de discussion, des entretiens détaillés avec des informateurs clés de la communauté et d'autre recherche pour bien comprendre le système de référence.

Étape 3 : Envisager des solutions pour surmonter les obstacles à l'exécution de la référence

De nombreux facteurs contribuent à la décision de certaines familles de pas suivre les instructions de la référence. Les problèmes liés au coût et au transport sont souvent les principaux obstacles à l'exécution de la référence. Il peut s'agir des obstacles suivants :

- un manque de transport ou un coût élevé de transport entre la communauté et la structure d'accueil ;
- des coûts pratiqués par la structure d'accueil (frais de services, frais de laboratoire et coût des médicaments) ;
- le coût de la nourriture à l'établissement d'accueil ;
- la mauvaise qualité des routes, des sentiers ou des voies fluviales entre les deux établissements ;
- des inondations, des chutes de neige sur les cols de montagne et d'autres variations saisonnières qui affectent l'accès.

En outre, **des facteurs sociaux et culturels, et des facteurs des formations sanitaires** sont susceptibles d'entraver le bon fonctionnement du système de référence. Des exemples de ces obstacles sont

- la difficulté à obtenir la permission du père ou du chef de la famille pour le recours aux soins d'un établissement de santé à cause des coûts et de

l'attention que la famille peut attirer en quittant la communauté pour recourir à des soins médicaux ;

- les préoccupations des minorités ethniques ou des familles appartenant à une caste inférieure qu'elles seront incapables de communiquer dans la langue nationale utilisée dans la structure d'accueil, ou qu'elles seront mal traitées à cause de leur appartenance ethnique ou de leur caste ;
- l'interdiction pour une femme de quitter la communauté non accompagnée, en raison de problèmes de sécurité ou de désaccord du mari ;
- la perte de revenu ou d'une source de soutien et de moyens de subsistance en raison du temps passé loin des travaux agricoles ou des tâches ménagères et
- une mauvaise qualité des soins perçue et / ou réelle dans la structure d'accueil.

Envisager des solutions pour surmonter ces obstacles est une tâche primordiale lors de la conception d'un système de référence au sein de la PEC-C. Les zones géographiques où la PEC-C est mise en œuvre n'ont pas souvent de structures d'accueil à proximité, et les populations dans ces zones sont souvent confrontées à de graves problèmes économiques, y compris les coûts plus élevés que la moyenne pour accéder aux services. Certains programmes communautaires traitent les questions liées aux coûts en rassemblant les ressources communautaires ou en organisant des pharmacies communautaires (telles que les *boticas* en Bolivie, voir l'Encadré 18 dans la Section III, « Création d'un environnement social et politique favorable »). D'autres programmes développent des politiques d'exemptions de frais, lorsque les frais d'utilisation dans les structures d'accueil nuisent à l'efficacité du système de référence. Plusieurs initiatives communautaires tentent de réduire les problèmes de transport par le biais des systèmes de transport communautaire. Cela implique généralement des chauffeurs bénévoles utilisant leur propre véhicule pour effectuer des trajets de porte à porte pour les personnes n'ayant aucun moyen de transport. D'autres structures, comme un système de transport obstétrique d'urgence au Honduras, utilise les ressources locales pour résoudre les problèmes de transport¹³⁵. Certaines communautés utilisent des bicyclettes-ambulances, et d'autres se servent de téléphones portables pour appeler la structure d'accueil et demander qu'un véhicule rencontre sur la route la famille référée.

Finalement, les ASC doivent surveiller leur taux d'exécution de références, non seulement pour évaluer leur capacité à motiver et à résoudre des problèmes, mais aussi pour assurer le suivi de l'enfant. Le lendemain des soins à la formation sanitaire, le suivi est essentiel.

ENCADRÉ 37 : LES LEÇONS TIRÉES DES PROGRAMMES POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE PEUVENT ÊTRE UTILISÉES DANS LA PEC-C

Les programmes pour la santé de la mère illustrent l'évolution des systèmes de référence pour la PEC-C. Un programme dans 95 communautés du Honduras visait à améliorer la santé de la mère à travers des interventions à base communautaire, dont la formation des familles pour reconnaître des facteurs de risque et des signes de danger pendant la grossesse, la formation et la supervision des accoucheuses traditionnelles (AT) dans la reconnaissance des signes de danger et dans de nouvelles compétences obstétriques d'urgence, et la création et le maintien dans la communauté des comités d'urgence pour assurer le transport lorsque les membres de la famille ou les AT ont identifié des signes de danger et des complications²⁵. Des membres de la communauté ont reçu une formation dans la mise sur pied et le soutien aux comités d'urgence. Dotés de plans d'action pour la mobilisation des fonds et pour le transport des membres de la communauté malades, ces comités d'urgence ont été actifs dans le transport d'enfants, de femmes et d'autres adultes dans les communautés. Dans l'ensemble, 17 % des femmes enceintes ont été transférées dans un établissement de santé après l'observation des signes de danger et des complications. Des comités d'urgence ont participé à plus de la moitié de ces références.

Étape 4 : Identifier la structure d'accueil et la préparer à recevoir les enfants malades

Le système de référence doit identifier les établissements les plus proches qui sont en mesure de traiter adéquatement un enfant gravement malade. Souvent, il s'agit d'un établissement de santé de premier niveau. Cependant, l'établissement peut être de deuxième niveau lorsque les moyens d'un établissement de premier niveau ne permettent pas d'assurer le traitement des maladies identifiées. Le manque de personnel et / ou d'équipement ainsi que les heures (ou jours) d'ouverture de l'établissement peuvent limiter les moyens techniques. Habituellement, l'établissement d'accueil est identifié par l'analyse de situation et la cartographie de l'accès.

Si l'analyse de situation n'a pas évalué la capacité de prestation de services et la qualité de l'établissement d'accueil, il sera nécessaire d'inclure, lors de la conception du système de référence, une évaluation rapide, guidée par des outils tels que l'Évaluation rapide des prestations de services sanitaires¹³⁶. Les aspects à prendre en considération dans la structure d'accueil comprennent

- les catégories de personnel et les niveaux de formation—médecin, infirmier(ère) diplômé(e), infirmier(ère) et assistant(e) ;
- l'origine ethnique et la langue des prestataires de soins ;
- le type et la qualité des services de santé : la disponibilité des médicaments (les pénuries de médicaments peuvent avoir un effet négatif sur la réussite de la référence) ;

- les attitudes du personnel de santé quant aux soins pour les enfants référés par les ASC ; et
- les heures de disponibilité des services (24 ou 8 heures par jour ; 7, 5 jours ou moins par semaine, etc.). La disponibilité réelle peut dépasser la durée officielle de travail si un agent de santé assigné par l'établissement réside à proximité.

Après avoir identifié des structures d'accueil, les processus participatifs, tels que la qualité définie par le partenariat¹³⁷, qui engagent la communauté dans la définition, la mise en œuvre et le suivi du processus d'amélioration de la qualité peuvent aider à orienter les actions en cours visant à promouvoir un accès continu à des soins de qualité. Avant tout, le bon fonctionnement de la PEC-C exige des partenaires des formations sanitaires qui sont bien informés sur la PEC-C et qui ont la volonté de la soutenir. Ce sont souvent eux qui forment, supervisent et soutiennent les ASC (voir la Section V, « Amélioration de la qualité de la PEC-C »).

ENCADRÉ 38 : FACILITER LA RÉFÉRENCE : DES APPROCHES PROVENANT DU MALI, DU NICARAGUA ET DU PÉROU

Dans la région sud du **Mali**, 300 « kits de médicaments pour le village », gérés par les ASC, sont au cœur du programme PEC-C⁵⁸. Quand un ASC reçoit un enfant qui doit être envoyé à un établissement de santé, il enregistre le nom de l'enfant et le motif de la référence dans un carnet, met ce carnet dans une « pochette de référence », et demande au pourvoyeur de soins d'amener l'enfant malade, avec la pochette de référence, à la formation sanitaire communautaire la plus proche.

Au **Nicaragua**, chaque ASC a un mouchoir violet (*pañoleta*), que les pourvoyeurs de soins doivent mettre sur l'enfant malade lorsqu'ils l'amènent à une structure d'accueil. Ce mouchoir permet au personnel de la structure d'accueil d'identifier facilement l'enfant malade et de le faire passer en priorité.

Dans les communautés reculées de la région montagneuse du **Pérou**, les ASC donnent aux pourvoyeurs de soins une fiche de référence et utilisent la radio pour communiquer à la structure d'accueil l'arrivée de l'enfant malade¹³⁸. Une « brigade d'évacuation » communautaire assure le transport des enfants malades à la structure d'accueil la plus proche. L'agent de santé de la structure d'accueil envoie à l'ASC une contre-référence avec du feedback sur le diagnostic et le traitement de l'enfant.

Concevoir des outils pour faciliter le processus de référence et les utiliser pour suivre les cas référés. En plus des algorithmes cliniques ou des directives pour les ASC et des cartes de rappel à domicile pour aider les pourvoyeurs de soins à mieux comprendre les procédures de PEC-C et de référence, un système de référence exige d'autres formes et d'autres outils de suivi.

Les **formulaire de référence** sont des formulaires standardisés utilisés dans le système de référence pour garantir que les informations de base sont enregistrées chaque fois qu'on émet un avis de référence. Le minimum d'information exigé par ce formulaire comprend la date et l'heure de la référence, le nom et l'âge du patient, le problème identifié, le traitement dispensé au point initial de référence, le nom de l'ASC et celui de la localité. L'ASC donne le formulaire de référence à la famille et les dirige vers la structure d'accueil désignée. Fournir au patient une fiche de référence bien conçue peut améliorer l'exécution de la référence. Certains programmes utilisent des photocopies ou des copies carbone, l'une pour l'ASC à conserver et l'autre pour les pourvoyeurs de soins à prendre avec eux. La Figure 16 est un exemple de formulaire de référence utilisé par les distributeurs des points de vente agréé des médicaments (PVAM) en Tanzanie. La Figure 17, qui provient du Nicaragua, est exemple de formulaire de référence qui inclut le formulaire de contre-référence.

Le formulaire de référence doit également incorporer un moyen de suivre les **contre-références**, confirmant que le processus de référence a été accompli. Les ASC assurent l'archivage des contre-références (ou des justificatifs confirmant que la référence a été accomplie) dans leurs registres ou autres formes d'archivage. Les structures d'accueil devraient également tenir des registres de références reçues des ASC. Certains programmes tiennent des registres de référence séparés.

FIGURE 16 : FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LE PROGRAMME PVAM, TANZANIE

WIZARA YA AFYA NA USTAWI WA JAMII MAMLAKA YA CHAKULA NA DAWA

FOMU YA RUFAA

Na. 1150

Jina la Mgonjwa _____

Jinsia _____ Umri _____ Atokako / Anwani _____

Tarehe _____ Muda / Saa _____

Jina la DLDM _____

Dalili alizoziona au simuliwa _____

Sababu nyingine za rufaa _____

Tiba aliyopewa Mgonjwa au Huduma katika DLDM kabla ya rufaa _____

Jina la Kituo cha Huduma ambako Mgonjwa anapelekwa _____

Jina la mtoa Dawa DLDM anayetoa rufaa _____

Sahihi _____

Mhuri wa DLDM

Ministère de la santé et des affaires sociales /
Département de l'alimentation et des médicaments, Tanzanie

Formulaire de référence

	No.	
Nom		
Sexe	Âge	Adresse
Date	Heure	
Nom du PVAM		
Signes de maladie		
Motif de référence		
Soins dispensés par le PVAM avant le référence		
Nom de la formation sanitaire où le patient sera accueilli		
Nom du distributeur du PVAM qui effectue la référence		
Signature	Tampon	

FIGURE 17 : EXEMPLE DE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE ET DE CONTRE-RÉFÉRENCE**Formulaire de référence et de contre-référence pour le suivi des patients⁸⁰**

Toutes les sections sélectionnées en couleur sont à remplir par l'ASC

1. Formulaire de référence ASC (à conserver par ASC)

Nom du patient : _____ Âge : _____ M / F _____

Nom du pourvoyeur de soins et lien de parenté avec le patient : _____

Village / sous-village : _____ Date de référence : _____ Heure : _____

Envoyé à l'établissement (nom) : _____

Symptômes principales dont le patient se plaint : _____

Classification (si patient PEC-C) : _____

Traitement dispensé : _____

Echarpe d'urgence donnée : oui / non _____

2. Formulaire de référence ASC (à conserver par l'établissement)

Nom de l'ASC effectuant la référence : _____

Nom du patient : _____ Âge : _____ M / F _____

Nom du pourvoyeur de soins et lien de parenté avec le patient : _____

Village / sous-village : _____ Date de référence : _____ Heure : _____

Envoyé à l'établissement (nom) : _____

Classification (si patient PEC-C) : _____

Traitement administré : _____

3. Formulaire de contre-référence (à retourner à l'ASC par la famille)

Nom du patient : _____ Âge : _____ M / F _____

Nom du pourvoyeur de soins et lien de parenté avec le patient : _____

Village / sous-village : _____

Nom de l'ASC effectuant la référence : _____

Établissement de santé (nom) : _____

Envoyé le (date) : _____ Arrivé le : Date _____ Heure _____

État du patient à l'arrivée : _____

Diagnostic ou classification (si patient PEC-C) : _____

Traitement administré : _____

Indications pour l'ASC effectuant la référence : _____

Date du suivi : _____ Retour d'information fait par (nom & titre) : _____



Prendre en compte les défis qui risquent de compliquer le bon fonctionnement d'un système de référence. Malgré les aspects positifs d'un système de référence au sein de la PEC-C, la décision d'investir des ressources dans la mise en œuvre d'un tel système doit prendre en compte les difficultés inhérentes que cela implique. Les milieux qui ont le plus besoin de la PEC-C sont ceux où l'accès aux soins en établissement est limité. Or, dans ces milieux, l'exécution de la référence va être plus difficile pour de nombreuses familles. De plus, il serait plus problématique de mener à bien les efforts destinés à assurer les soins de qualité dans la structure d'accueil. Les situations suivantes sont des scénarios possibles qui montrent comment ces difficultés pourraient compromettre la PEC-C.

- Si un enfant malade est dirigé vers un établissement de santé pour être soigné plutôt que d'être traité immédiatement dans la communauté, et peu de temps après les parents décident de ne pas amener l'enfant à la formation sanitaire, l'état de l'enfant peut s'aggraver et se trouver pire que si l'ASC avait traité l'enfant immédiatement. Les gestionnaires de programme et les ASC doivent connaître les cas où l'exécution de la référence n'est pas possible, par exemple, dans les villages qui sont totalement coupés des centres de santé par les rivières pendant la saison des pluies.
- Si le personnel des formations sanitaires ne fait pas passer en priorité les enfants visés par les ASC, s'ils leur demandent de faire la queue comme si ces enfants étaient des patients qui viennent pour des soins de routine, la position de l'ASC en tant que prestataire de soins peut être affaiblie, surtout si l'enfant meurt.
- Si un enfant malade est amené dans la formation sanitaire, mais l'assistance médicale n'y est pas disponible, ou de mauvaise qualité, la crédibilité du système de référence est immédiatement compromise aux yeux de la communauté.

Avoir un plan auxiliaire. La PEC-C doit disposer d'un plan B pour les situations dans lesquelles l'exécution de référence est impossible ou refusée. Il peut s'agir d'un traitement de routine avec un suivi d'appoint, un « traitement à haute dose »

(par exemple, une double dose d'amoxicilline pour la pneumonie sévère) dans certains cas particuliers, ou la mobilisation des membres influents de la communauté pour encourager le pourvoyeur de soins ou la famille réticents et leur fournir les moyens de poursuivre le traitement. Exercer une pression sur une famille réticente peut être délicat, surtout quand la famille hésite à cause de la situation apparemment désespérée.

Il arrive souvent que ces patients ne survivent pas, et la famille doit digérer alors non seulement la douleur mais aussi la honte, la colère et les pertes financières.

ASTUCE

N'oubliez pas que la PEC-C peut réduire la mortalité de façon importante, même si l'exécution de la référence est très difficile.

Veiller et évaluer l'accès et la disponibilité

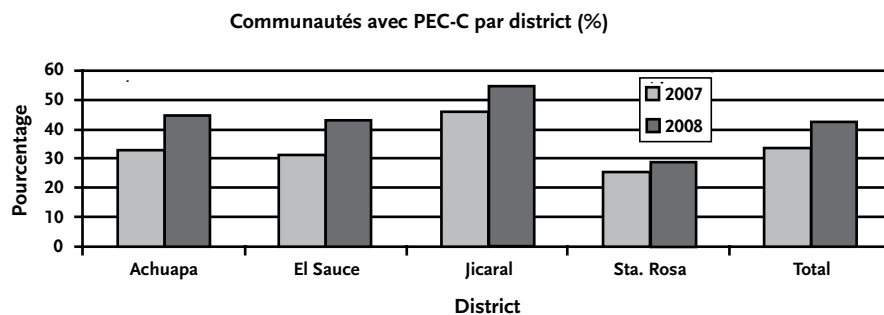
À l'exception des protocoles cartographiques pour identifier les communautés avec ou sans accès à des interventions destinées à sauver des vies par le biais de la PEC-C, toutes les autres données pour surveiller l'accès proviennent des dossiers de routine : dossiers des ASC et / ou des superviseurs, et ceux du point d'approvisionnement en médicaments (pharmacie de l'établissement de santé ou pharmacie du district). Les ASC ou leurs superviseurs font régulièrement (mensuellement ou trimestriellement) la collecte d'information à partir des dossiers tenus par les ASC. Les superviseurs récapitulent alors les données pour tous les ASC qu'ils supervisent. Au niveau du district, ces données sont encore compilées pour tous les ASC dans la zone du programme. Le Tableau 15 illustre ce processus.

Les gestionnaires comparent alors les résultats aux normes ou aux objectifs fixés pour déterminer si des progrès suffisants ont été faits vers la réalisation des résultats. Le Tableau 10 propose les niveaux requis pour la plupart des indicateurs d'accès. Les niveaux requis pour l'accès—le pourcentage des communautés avec la PEC-C—sont spécifiques au programme et calculés en fonction des ressources, de la nature et des besoins communautaires, et des capacités du programme. Cependant, les programmes doivent toujours viser à avoir un approvisionnement continu en médicaments pour la PEC-C. Bien que la documentation sur les taux de référence au sein de la PEC-C soit limitée, l'expérience des programmes PCIME dans certains pays africains indique qu'un taux de référence de moins de 20 % correspond à une capacité qui fonctionne bien au niveau de la PEC-C¹⁰⁷. L'aboutissement de la référence est un indicateur d'accès plus utile, car il indique si les enfants gravement malades ont réellement obtenu les services nécessaires. Des études indiquent que le taux de réussite de 80 % correspond à un processus de référence qui fonctionne bien¹⁰⁸. Un taux de réussite de 100 % est généralement ni possible ni souhaitable, étant donné que les problèmes de certains enfants peuvent se régler au sein de la communauté, et qu'une décision de la part des parents de ne pas recourir aux soins dans une structure d'accueil peut être la décision appropriée.

TABEAU 15 : GESTION DES DONNÉES AU SEIN DE LA PEC-C

SOURCE DES DONNÉES	PERSONNE RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Registre ASC	ASC	
↓		
Résumé mensuel des activités des ASC	ASC ou superviseur	Inclure des observations sur la qualité de service et la disponibilité des médicaments.
↓		
Synthèse mensuelle des activités de tous les ASC par superviseur	Superviseur	Inclure des observations sur la qualité de service et la disponibilité des médicaments.
↓		
Synthèse mensuelle des activités de tous les ASC dans le district	Gestionnaire	Inclure des observations sur la qualité de service et la disponibilité des médicaments.
↓		
Au niveau d'intérêt immédiatement supérieur		

Il est souvent plus facile d'analyser les données lorsqu'elles sont affichées graphiquement. Par exemple, la Figure 18 montre que l'accès aux programmes de PEC-C a augmenté dans tous les districts, mais l'accès au district de Santa Rosa est plus bas que dans d'autres districts.

FIGURE 18 : EXEMPLE D'AFFICHAGE DES DONNÉES MONTRANT L'ACCÈS AUX PROGRAMMES DE PEC-C⁸⁰

Boîte à outils : Ressources pour augmenter l'accès

Matériel de référence technique (provenant de CSTS+ / USAID et autres sources)

PCIME (2007)
 Paludisme (2006)
 Pneumonie (2005)
 Maladies diarrhéiques (2007)
 Gestion des projets et des fournitures (2007)
 Suivi et évaluation (2007)
 Compendium des outils de suivi et d'évaluation de survie des enfants,
 Évaluation MEASURE

Sélection des interventions : PCIME, PCIME-C, directives pour la PEC-C et conseils pour les traitements

N.B. : Voir aussi la Section I, « Introduction », pour plus de ressources sur la PCIME et la PCIME-C.

Caring for the sick child in the community. WHO Department of Child and Adolescent Health and Development, CAH@who.int, attention B Daelmans, C Wolfheim, ou la Division du programme de la santé de l'UNICEF, attention A George, ageorge@unicef.org.

Guidelines for new diarrhea treatment protocols for community-based healthcare workers. Washington, DC, USAID/MOST Project, 2005. Également disponible en espagnol.

Integrated management of childhood illness for high HIV settings. Genève, OMS et UNICEF, 2009.

Rosales A, Weinbauer K. *C-IMCI handbook : community integrated management of childhood illness.* Baltimore, MD, Catholic Relief Services, 2003.

Conseils pour les traitements utilisés au sein des PEC-C

Facts on ACTs (artemisinin-based combination therapies) : January 2006 update. Genève, OMS.

Technical updates of the guidelines on the integrated management of childhood illness (IMCI) : evidence and recommendations for further adaptations. Genève, OMS, 2005.

Tests de diagnostic rapide du paludisme : des documents d'information et de formation

Generic malaria *P. falciparum* RDT result.

How to do the rapid test for malaria. Outil de travail générique.

How to use a Rapid Diagnostic Test (RDT) : a guide for training at a village and community level. Quality Assurance Project (QAP) et OMS, 2006.

Malaria *P. falciparum* Rapid Diagnostic Tests. Quiz pour évaluer la capacité de lire des résultats de TDR.

Malaria *P. falciparum* RDT Test. Interprétation des résultats du quiz.

Rapid diagnostic tests in malaria case management : planning, procuring and implementing. Suggestions for incorporation of malaria RDT-based diagnosis into proposals to the Global Fund Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND). Genève, Programme mondial contre le paludisme de l'OMS, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, parrainé par l'UNICEF, le PNUD, la Banque Mondiale et l'OMS. Modifié à partir de documents existants du Programme mondial contre le paludisme de l'OMS et du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, avril 2009.

Préparation des ASC

Bhattacharyya K et al. *Community health worker incentives and disincentives : how they affect motivation, retention, and sustainability*. Washington, DC, BASICS/USAID, 2001.

Fonds renouvelables pour les médicaments

Drug revolving funds in Ta Mpando : an assessment tool. Washington, DC : Africare, 2001. Disponible de la base de données Child Health and Development du CORE Group (<http://www.coregroup.org/imci/>).

Drug revolving fund supervisory tool : a job aid for supervisors (Malawi). Washington, DC, Africare, 2001.

Management of common illnesses in drug revolving funds—draft training manual for CHVs. Washington, DC, Africare, 2001.

Gestion des médicaments et des approvisionnements

Assessment tools from MSH/RPM+ : Community drug management for childhood illness (CDMCI)

Briggs J, Nachbar N, Aupont O. *Community drug management for childhood illness : Senegal assessment, September 2002*. MSH/RPM+ pour USAID, 2003.

Drug management for childhood illness. Washington, DC, MSH/RPM+, 2000.
For facility-level assessments. Assessment Manual and Data Collector's Guide.

Kiyombo M et al. *Gestion des médicaments des maladies de l'enfant au niveau communautaire en République démocratique du Congo, Kinshasa* [Rapport d'enquête sur la gestion dans la communauté des médicaments utilisés contre les maladies infantiles en RDC]. Washington, DC, MSH / RPM+ pour USAID, 2007.

Nachbar N et al. *Community drug management for childhood illness : assessment manual*. MSH/RPM+ pour USAID, 2003. Également disponible en français et en espagnol.

Paredes P et al. *Evaluación de la disponibilidad y uso de medicamentos para enfermedades de la infancia a nivel de la comunidad : Peru, 2003*. Washington, DC, MSH/RPM+ pour USAID, 2004.

Matériel de formation

Module de formation des agents de santé communautaires (ASC) en gestion de stock de médicaments—guide du formateur et guide du stagiaire (draft). Washington, DC, MSH/RPM+, 2003.

Guide à la formation des ASC dans la gestion des stocks de médicaments, adressé aux facilitateurs et participants.

Outils de travail

Formulaire ASC de commande de médicaments, MSH / RPM+

Registre quotidien de distribution de médicaments, MSH / RPM+

Fiche de stock, MSH / RPM+

Registre de médicaments PEC-C, République démocratique du Congo⁸⁰

Approvisionnement

UNICEF supply catalogue

Supports aide-mémoire à domicile

Favin M et al. *Guidelines for developing home-based reminder materials : helping families save sick children*. Millwood, VA, Project HOPE et Academy for Educational Development, 2004.

Systèmes de référence

Facilitator's guide for training emergency transport committees in case of obstetrical complications. Baltimore, MD, Catholic Relief Services, 2004.

Rapid health service provision assessment (R-HSPA). Child Survival Technical Support Team Plus (CSTS+), MACRO International.

A study of referral non-compliance in the ARI strengthening program. JSI Nepal, 1997.

SECTION V :

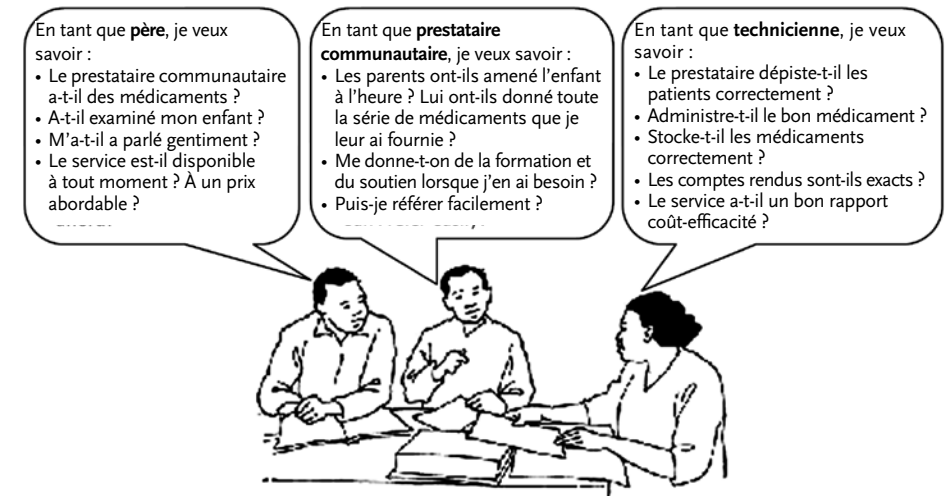
AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ
DE LA PEC-C

Aperçu et définitions

La qualité est définie comme « faire la bonne chose, de la manière correcte, au bon moment ».

Différents acteurs ont différents points de vue sur la qualité. Bien que la définition de la qualité puisse paraître simple, la description de la qualité est souvent subtile. La qualité est perçue différemment du point de vue de différentes parties prenantes, comme le montre la Figure 19 ci-dessous.

FIGURE 19 : DIFFÉRENTES PERSPECTIVES SUR LA QUALITÉ



Source : Hesperian Foundation

La garantie de la qualité : une approche systématique qui consiste à « faire les choses correctement ». La garantie de la qualité nous oblige à faire en sorte que les détails des soins de santé soient faits correctement, afin d'améliorer la performance du programme et des agents de santé¹³⁹. La garantie de la qualité comprend toutes les activités et les processus qui contribuent à définir, concevoir, évaluer, contrôler et améliorer la qualité des soins de santé.

La garantie de la qualité conduit aux résultats que la PEC-C recherche. La garantie de la qualité au sein de la PEC-C peut avoir les résultats suivants :

- Rendre la prise en charge des cas plus efficace et plus sûre : donner la bonne quantité de médicaments, pendant le nombre de jours requis augmente l'efficacité d'un traitement et empêche de mettre les enfants à risque par des doses de médicaments inappropriées.
- Maintenir l'efficacité antimicrobienne : restreindre l'utilisation d'antimicrobiens à des indications appropriées et améliorer l'observance du traitement par les patients (les ASC sont très bons dans ce domaine) permettent de ralentir la propagation de la résistance aux antimicrobiens.
- Améliorer la motivation des ASC : les prestataires sont plus motivés s'ils ont le sentiment qu'ils offrent un service de qualité. De plus, un grand nombre de processus qui améliorent la qualité, comme la supervision et le retour d'information, peuvent stimuler la motivation, si ces processus sont bien menés.
- Augmenter la demande et l'utilisation des interventions : les pourvoyeurs de soins recourront plus volontiers aux soins—et reviendront au besoin—s'ils trouvent que le service est de bonne qualité.
- Fournir les éléments de preuve nécessaires pour passer à l'échelle : les décideurs ont besoin de données de bonne qualité pour autoriser la prolongation de la PEC-C.
- Encourager le sentiment d'appropriation de la part des membres de la communauté, augmentant ainsi la durabilité du programme.

Exemples d'indicateurs de qualité dans la PEC-C. Bien qu'il n'existe pas encore d'indicateurs standard de qualité pour la PEC-C, le Tableau 16 contient des indicateurs tirés de l'expérience dans plusieurs contextes variés.

TABLEAU 16 : EXEMPLES D'INDICATEURS DE QUALITÉ DANS LA PEC-C⁸³

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	PERSONNE RESPONSABLE	COMMENTAIRES
La bonne prise en charge des cas par les ASC	% des ASC capables d'effectuer correctement les compétences de base	Fiche de contrôle pour le superviseur (enfant malade ou simulation)	Achèvement de la formation ; une fois par mois / tous les trois mois	Formateur / superviseur (lors de la formation), superviseur	Comprend un(e) bon(ne) <ul style="list-style-type: none"> • évaluation • classification • traitement • encadrement • référence • référence facilité • registre d'achèvement / formulaires Norme = 80 à 100 %
Bonnes techniques d'évaluation de la part des ASC	% des ASC capables de mesurer correctement la fréquence respiratoire / l'utilisation du brassard	Fiche de contrôle pour le superviseur	Achèvement de la formation ; une fois par mois / tous les trois mois	Formateur / superviseur, superviseur	Norme = 80 à 100 %
Disponibilité des médicaments	% des ASC avec chaque médicament le jour de la supervision	Fiche de contrôle pour le superviseur / registre du stock de médicaments ASC	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Norme = 100 % ; également indicateur d'accès

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DES DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	PERSONNE RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Stockage des médicaments	% des ASC disposant des médicaments stockés dans un endroit sûr, frais et sec	Fiche de contrôle pour le superviseur	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Norme = 80 à 100 %
Disponibilité des fournitures et matériaux	% des ASC avec toutes les fournitures, tous les formulaires et tous les matériaux le jour de la supervision	Fiche de contrôle pour le superviseur	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Norme = 80 à 100 %
Supervision	% des ASC bénéficiant de visites de supervision une fois par mois / tous les trois mois	Compte rendu du superviseur sur les visites de supervision	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Une fois par mois ou par trimestre
Satisfaction des pourvoyeurs de soins avec les services offerts par le ASC	% des pourvoyeurs de soins qualifiant l'ASC comme bon / excellent	Fiche de contrôle pour le superviseur	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Nécessite une visite à domicile ; Norme = 80 à 100 %

Stratégies, interventions et activités pour augmenter la qualité

Examiner les conclusions de l'analyse de situation. L'analyse de situation ou d'autres recherches formatives ou à mi-parcours révèle les facteurs qui peuvent

entraver ou favoriser la qualité de la PEC-C et qui doivent être pris en compte dans la conception des programmes ou dans les mesures d'amélioration envisagées au milieu du programme. Il est particulièrement important pour les programmes de PEC-C et pour les ASC de mettre en place des formations pratiques axées sur les compétences de base, des outils faciles à utiliser pour la gestion et des systèmes fiables de supervision et de suivi.

Si l'on veut assurer la qualité d'un programme de PEC-C, la supervision est primordiale. Dans la PEC-C, la supervision des ASC est le principal processus de collecte de données et de surveillance de la qualité. Le contrôle de la qualité doit être une activité de routine, à laquelle les ASC sont initiés de préférence à travers une formation dans les compétences de base et la certification des ASC. Le Tableau 17 illustre les éléments clés de la qualité au sein de la PEC-C, qui peuvent être évalués à travers la supervision.

TABLEAU 17 : ÉLÉMENTS CLÉS DE LA QUALITÉ DANS LE CADRE DE LA PEC-C

ÉLÉMENT DE LA QUALITÉ	QUESTIONS
Évaluation	L'ASC évalue-t-il correctement les enfants malades ? L'ASC sait-il poser des questions pertinentes au pourvoyeur de soins, observer des signes de maladie et mesurer la fréquence respiratoire de l'enfant ? Sait-il utiliser l'organigramme, les formulaires d'enregistrement des données ou les outils de travail ?
Classification	L'ASC identifie-t-il correctement le(s) problème(s) ? L'ASC utilise-t-il l'organigramme ou les outils de travail ?
Traitement	L'ASC donne-t-il le bon médicament, en respectant la dose et la quantité ? Associe-t-il correctement plusieurs traitements en cas de besoin ? Effectue-t-il la référence lorsque les circonstances l'exigent ? Administre-t-il la première dose de médicaments avant la référence ? Aide-t-il les pourvoyeurs de soins à se rendre à la formation sanitaire suite à la référence ?
Conseils et communication	L'ASC est-il poli avec les parents ? Prend-il le temps d'écouter les doléances du pourvoyeur de soins ? Donne-t-il les indications appropriées au pourvoyeur de soins sur la maladie, sur le traitement et sur les mesures de prévention et de soutien ? Assure-t-il le suivi de l'enfant selon le protocole ?
Stockage des médicaments	Les médicaments sont-ils stockés dans un endroit sûr, frais et sec ?
Enregistrement des données	L'enregistrement des données est-il complet et lisible ?

Les algorithmes et les outils de travail y afférents sont essentiels à la définition et au contrôle de la qualité, ainsi qu'à la formation et l'encadrement des ASC.

Les ASC utilisent des algorithmes ou des diagrammes permettant la prise de décision et la prise en charge des enfants malades. Ils ont généralement des cahiers de diagrammes ou des outils de travail similaires pour leur rappeler les étapes. Ils notent leurs conclusions sur les formulaires de consultation ou dans des registres. Si les diagrammes, les outils et les formulaires d'enregistrement sont trop complexes, il sera plus difficile pour les ASC d'effectuer la prise en charge des cas et de documenter leurs conclusions, entraînant une réduction de la qualité des soins et des données de contrôle. Une formation approfondie des ASC et de leurs superviseurs à l'utilisation correcte de ces outils contribue à augmenter la qualité, à condition que les outils soient faciles à manipuler.

Les partenariats avec la communauté peuvent augmenter la qualité perçue des services.

Le déroulement du face-à-face avec l'ASC et d'autres facteurs sexospécifiques et socioculturels affectent la perception de la qualité des services. Lorsque les membres de la communauté sélectionnent les ASC, ils contribuent à la garantie de la qualité en définissant les caractéristiques qu'ils recherchent chez un prestataire. Mais le rôle de la communauté dans la garantie de la qualité peut aller au-delà du choix des ASC. Les activités de mobilisation communautaire et les structures de prise en charge communautaire permettent à la communauté de participer à la définition, la revendication et la réalisation de la bonne qualité des soins offerts par les services communautaires et les services en établissement.

Développer des outils de travail qui correspondent aux directives du pays

Les outils de travail améliorent la performance des ASC. Ils comprennent généralement

- les organigrammes de la prise en charge des cas ou les algorithmes (cahiers de diagrammes) ;
- les formulaires d'enregistrement des patients ou les registres ;
- les formulaires de référence ;
- les cartes de conseils ;
- les cartes de rappel, etc. pour l'utilisation à domicile et
- d'autres supports tels que des affiches, des tableaux muraux et des manuels de poche.

La Section IV, « Augmentation de l'accès », aborde les outils de travail liés à la référence (formulaires de référence). La Section VI, « Augmentation de la demande », aborde les services de conseils (*counseling*) et les cartes de rappel pour l'utilisation à domicile. Les superviseurs ont également besoin d'outils de travail, tels que les outils présentés ci-dessous. Cette section est axée sur les cahiers de diagrammes et les formulaires d'enregistrement pour les ASC. Chaque programme doit développer ses propres outils de travail pour les ASC en adaptant des outils utilisés dans d'autres programmes ou prototypes de la PEC-C mis au point par l'OMS et d'autres organisations internationales. Lors de l'élaboration et de l'adaptation des outils pour le programme dans un pays ou contexte spécifique, les points importants à prendre en considération sont les suivants :

- comment les outils de travail seront utilisés,
- le niveau d'alphabétisation des ASC et des pourvoyeurs de soins,
- la langue locale et
- les termes locaux pour les signes et la classification des maladies.

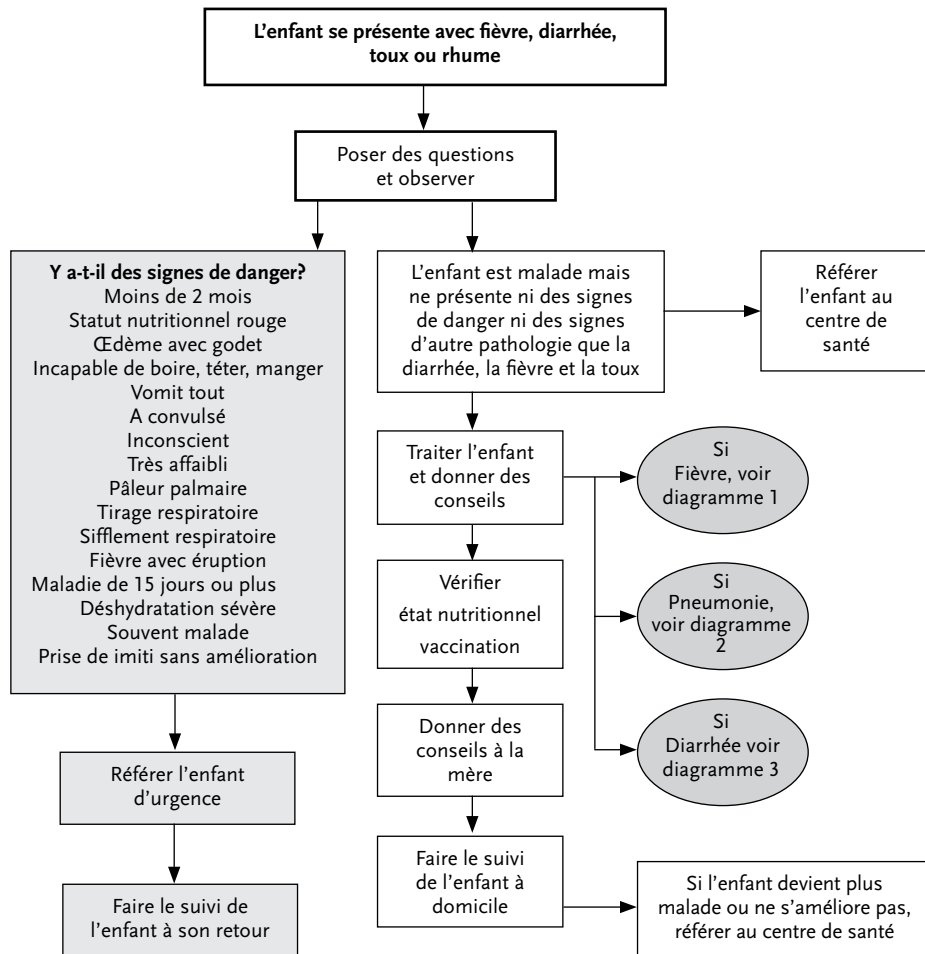
ENCADRÉ 39 : CONSEILS POUR L'ÉLABORATION DES OUTILS DE TRAVAIL DESTINÉS AUX ASC PEU ALPHABÉTISÉS

Le matériel riche en éléments iconographiques est particulièrement important pour les ASC qui ont un faible niveau d'alphabétisation ou qui sont analphabètes, mais il est souvent utile pour tous les ASC.

- Utiliser les mêmes images avec des messages cohérents dans tous les documents (manuels, outils de travail, cartes de classification, cartes de traitement à domicile, registres de traitement, fiches de référence, etc.). Les ASC se familiariseront avec les mêmes images, et la répétition renforce la compréhension.
- Utiliser des couleurs pour permettre une meilleure compréhension de la classification. De nombreux pays adaptent les algorithmes de la PCIME, en utilisant le rouge comme fond pour les signes de danger, le jaune pour les signes qui doivent être traités par l'ASC et le vert pour les signes qu'un pourvoyeur de soins bien encadré peut gérer lui-même. Cependant, la classification rouge-jaune-vert peut être moins pertinente dans les sociétés non habituées au code couleur des feux de signalisation. Bien entendu, l'utilisation des couleurs augmente le coût.
- Pré-tester les images afin de s'assurer que les éléments iconographiques sont appropriés et facilement compréhensibles.

La Figure 20 montre un algorithme ou organigramme d'évaluation et de traitement, conçu pour les ASC qui ont fait au moins l'école primaire. Il associe le texte à des rappels codés en couleur afin de montrer étape par étape le processus de la classification et de l'action. Les diagrammes suivants illustrent les traitements des maladies qui peuvent être soignées grâce à la PEC-C.

FIGURE 20 : EXEMPLE DE DIAGRAMME, RWANDA



La Figure 21 est un registre d'enfant individuel, où l'ASC note l'état civil de l'enfant, l'état nutritionnel en fonction de la circonférence de l'avant-bras à mi-hauteur, la présence ou l'absence de signes de danger et les mesures prises (c'est-à-dire, s'il faut prévoir la référence), les signes présents, le traitement et les doses administrées, les explications données à la mère, les mesures préventives et le suivi. La boîte à outils contient d'autres exemples d'algorithmes, de cahiers de diagrammes et de formulaires d'enregistrement.

FIGURE 21 : FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT D'ENFANT MALADE, RWANDA

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE PAR L'ASC

Date: / / FOSA: Village:

ASC: Nom de l'enfant Parent:

Date de naissance: / / Age: an(s) mois Igitsina:

NUTRITION

MUAC: en cm Classification:

SIGNES DE DANGER (REFERER SI "YEGO")

Moins de 2 mois	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Tirage respiratoire	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Statut nutritionnel rouge	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Sifflement respiratoire	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Œdème avec godet	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Maladie de 14 jours ou plus	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Incapable de boire, téter, manger	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Souvent malade	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Vomit tout	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Prise de imiti sans amélioration	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
A convulse	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Fièvre avec éruption	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Inconscient	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Déshydratation sévère	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Très affaibli	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O	Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O
Pâleur palmaire	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> O		

REFERER Yego Oya

SYMPTOMES, TRAITEMENT & POSOLOGIE

	SYMPTOMES		TRAITEMENT			POSOLOGIE		
	Yego	Oya		Cp/prise	Fois/jr	No. de jrs		
Fièvre	<input type="checkbox"/> Yego	<input type="checkbox"/> Oya	Coastem	Tuku	Hondo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Yego	<input type="checkbox"/> Oya	Zinc	5 cps	10 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ORS	<input type="text"/>	Sachets	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Toux	<input type="checkbox"/> Yego	<input type="checkbox"/> Oya						
Fréq respirat Nb/minute	<input type="text"/>		Amox	5 cps	10 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				15 cps	20 cps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autre(s) signe(s):

EXPLICATION à la mère ou au gardien de l'enfant

Explication de la maladie Y O Explication du traitement Y O

Explication de la posologie Y O

PREVENTION

Vaccination complète Y O Vitamine A dans les 6 mois Y O

EVOLUTION DE MALADIE

Visite de suivi à ménage Y O

Evolution de maladie de l'enfant: Guéri Référé Décédé



Les outils de travail peuvent également être utiles pour les travailleurs illettrés, comme par exemple, l'outil ci-dessous pour les ASC analphabètes dans le Sud-Soudan (Figure 22).

FIGURE 22 : OUTIL DE TRAVAIL POUR RAPPELER AUX ASC LES SIGNES DE DANGER, SUD-SOUDAN


Danger Signs

Ask and Check for the 4 Danger Signs



1. Not Breastfeeding, Eating, or Drinking
Ask: Can the Child Breastfeed, Eat, or Drink? *Do:* Give Child Something to Drink



2. Convulsion
Ask: Has the Child Had a Convulsion During this Illness?



3. Stiff Neck
Ask: Does the Child have a stiff neck? *Do:* Gently turn Child's neck to check for stiffness

4. Abnormally Sleepy, Being Too Weak
Ask: Is the Child Too Sleepy, Too Weak, or Have Difficulty Waking Up? *Do:* Clap your hands to get child's attention

Pré-tester les outils de travail. Avant que les outils de travail ne soient finalisés, ils sont pré-testés auprès des personnes pour lesquelles ils sont conçus : des ASC, des membres de la communauté, et des pourvoyeurs de soins. Les formateurs et les superviseurs doivent avoir l'occasion d'examiner les outils de travail, car eux aussi, ils vont les utiliser. Le manuel de directive *Guidelines for developing home-based reminder materials : Helping Families Save Sick Children Project* présente un processus qui peut être utilisé pour la préparation et le pré-test de toutes sortes d'outils de travail¹⁴⁰.

Intégrer la supervision dès le début

La supervision est le ciment qui tient ensemble les différents acteurs : les parents, les ASC, le personnel des formations sanitaires et les responsables de district. Sans une supervision régulière, il est impossible de garantir la bonne qualité de la PEC-C. La supervision du personnel du programme permet non seulement de collecter des données sur la qualité, mais aussi d'évaluer les raisons des défaillances, d'anticiper les problèmes à venir et de mettre en place des solutions. La supervision est aussi un mécanisme pour améliorer la formation des ASC, renforcer leur confiance et remonter leur moral. La supervision est un défi pour de nombreux programmes, parce que les travailleurs qui doivent être supervisés sont souvent dispersés dans des endroits reculés.

Mettre en place le processus de supervision. Un système de supervision peut inclure une variété d'activités. Lors de la mise en place d'un processus de supervision, plusieurs facteurs qui peuvent influencer sur la faisabilité de différentes activités doivent être pris en compte. Il s'agit notamment

- du champ d'application, de la capacité et des ressources du programme ;
- de la superficie de la circonscription couverte par le programme ;
- de la distance et de l'accessibilité des logements des ASC ;
- des problèmes liés aux saisons (pluies, etc.) et
- de la charge de travail de l'ASC et du supérieur.

Le processus de supervision comprend habituellement les activités suivantes.

Des observations des consultations. Les superviseurs accompagnent les ASC pour les visites à domicile et observent directement des consultations auprès des enfants malades. Les superviseurs utilisent des fiches de contrôle de performance (voir la Figure 23) pour observer l'évaluation, le traitement et les pratiques de consultation et, par la suite, dans un lieu privé, présenter du feedback aux ASC sur leur rendement et la qualité de leurs soins. Les superviseurs peuvent également évaluer si les ASC sont à l'aise avec différents aspects de la consultation et apprécier leur capacité à répondre aux problèmes. Les superviseurs doivent offrir aux ASC des suggestions d'amélioration, et encourager leurs efforts.

La gestion de la médication. Les superviseurs examinent le registre de médicaments tenu par l'ASC et observent l'emplacement et l'entretien des médicaments au domicile de l'ASC. Ils évaluent la possibilité des ruptures de stock et fournissent des médicaments au besoin.

L'examen des données enregistrées. Les superviseurs vérifient également l'exhaustivité, la lisibilité et la précision des formulaires de consultation ou des registres tenus par les ASC.

Des entretiens de suivi avec les familles des enfants malades. Les superviseurs peuvent rendre visite à des ménages qui ont récemment consulté un ASC et s'entretenir avec les pourvoyeurs de soins sur les informations, le traitement et les conseils qu'ils ont reçus de l'ASC, et leur expérience globale de la consultation avec l'enfant malade.

Des consultations simulées. Quand les superviseurs ne peuvent pas accompagner les ASC ou rendre visite aux ménages, les ASC peuvent effectuer des consultations fictives dans la présence d'un superviseur. Les ASC simulent une consultation avec un enfant malade pour montrer comment ils procèdent habituellement en offrant des soins et en répondant aux questions posées par le superviseur. Les simulations structurées sont recommandées, car elles sont plus faciles à noter et permettent des comparaisons pertinentes.

Des réunions des ASC. En plus des visites individuelles de supervision, les superviseurs peuvent convoquer des réunions régulières avec un groupe d'ASC. Les réunions devraient avoir lieu dans une formation sanitaire ou un autre endroit central facile d'accès pour les ASC. Il est préférable de fixer la date de la réunion en faisant attention à ce que les autres activités des ASC ne soient pas trop perturbées par la réunion. Par exemple, une réunion tôt le matin ou tard l'après-midi sera plus commode pour les ASC qui ont des occupations agricoles. Lors de la réunion, les superviseurs présentent du feedback général, organisent des ateliers de recyclage, et répondent aux questions et problèmes qui ont surgi au cours des activités du programme.

C'est aussi une occasion pour les ASC de poser des questions, soulever des problèmes qu'ils ont rencontrés en offrant des soins aux familles et solliciter l'appui et l'assistance des superviseurs et des autres ASC. Les ASC peuvent échanger des informations et des conseils fondés sur leurs expériences et développer conjointement des solutions aux problèmes. Les ASC peuvent également commenter les décès signalés dans une communauté. Les superviseurs peuvent décider de distribuer de l'approvisionnement médical aux prestataires au cours de ces sessions.

ENCADRÉ 40 : EXEMPLE D'UNE BONNE SUPERVISION⁸⁹

« Lorsque nous visitons une ASC, nous voulons savoir si elle documente toutes ses consultations auprès des enfants, ainsi que le stockage des médicaments et le matériel qu'elle a à sa disposition. Nous essayons également d'aller voir, au hasard, un des enfants qu'elle a vu. Nous voulons savoir si l'enfant a moins de 5 ans. Nous voulons voir si la mère de l'enfant a reçu et a bien compris les indications pour les médicaments, et si elle les a suivies. Enfin, nous voulons voir si la communauté est satisfaite des services de l'ASC.

« Nous sommes allés au domicile d'une ASC du village. Quand nous sommes arrivés, elle était en train de traire les vaches et nous a demandé d'attendre qu'elle finisse. Nous avons attendu et après elle nous a appelés dans son tukul (hutte traditionnelle), et elle a été ravi de notre visite.

« Nous avons découvert que l'ASC a placé la boîte de médicaments dans une maison séparée de l'endroit où elle fait la cuisine. Elle ferme la boîte à clé pour empêcher les enfants d'avoir accès aux médicaments. Elle a ouvert la boîte et nous a montré des comprimés de zinc, des sachets de SRO, des comprimés d'amoxicilline et des comprimés de CTA. Ce comptage physique a montré qu'elle avait un stock suffisant pour un mois. Elle nous a également montré un minuteur, en bon état, qui permet de compter la fréquence respiratoire, une paire de ciseaux, et les registres des patients et des médicaments.

« Elle avait vu trois patients dont les noms ont été bien marqués dans le registre des patients et le registre des médicaments. En consultant ses notes, nous avons vu qu'elle avait donné les dosages corrects selon l'âge.

« Lors d'une visite similaire, nous avons choisi au hasard un patient dans la liste qui avait été vu et enregistré par une ASC. Nous avons sélectionné une fillette de 2 ans, qui a été amenée chez l'ASC le 27 décembre. Les symptômes de l'enfant comprenaient la fièvre et la toux.

« Après avoir fait une évaluation, l'ASC a commencé le traitement de CTA : deux comprimés par jour pendant trois jours contre le paludisme. Elle a compté la respiration de l'enfant à l'aide d'un minuteur respiratoire et a commencé le traitement d'amoxicilline en comprimés contre la pneumonie, en demandant à la mère de donner les comprimés à l'enfant trois fois par jour pendant 5 jours. La mère a bien compris les instructions et les conseils que l'ASC lui avait donnés. La mère a dit que l'état de l'enfant s'est considérablement amélioré et qu'elle était très contente de ce que l'ASC fait dans la région et dans le cadre du programme de PEC-C. La mère a dit que dans le passé, les mères ne savaient pas quoi faire quand un enfant tombait malade, mais aujourd'hui les choses vont mieux depuis que les maladies courantes qui touchent les enfants sont traitées dès le départ. »

Objectif des visites mensuelles de supervision. Idéalement, un superviseur observe chaque ASC au moins une fois par mois, bien que ce ne soit pas toujours possible. Les réunions de groupe avec un superviseur doivent également être

organisées une fois par mois, lorsque cela est possible. Des visites régulières chez un ASC permettent aux superviseurs de

- déceler les changements de la qualité au fil du temps,
- remplacer les stocks de médicaments dès que nécessaire,
- mettre en place un suivi de la qualité comme une pratique de routine ancrée dans les activités du programme et
- motiver les prestataires de services communautaires.

La supervision est particulièrement importante peu après le déploiement des ASC, et a lieu idéalement durant les premières semaines après la formation. Les premières visites de supervision sont des occasions d'appuyer les bonnes pratiques, d'empêcher les mauvaises habitudes de se développer, d'identifier les difficultés que les ASC peuvent rencontrer et les aider à les surmonter.

La distance, le mauvais état des routes, les pluies ou les inondations périodiques peuvent rendre difficile une supervision mensuelle. L'anticipation de ces obstacles permet d'éviter les problèmes qu'ils peuvent causer. Par exemple, des fortes pluies au Sud-Soudan transforment certaines zones en marécages énormes pendant plus de la moitié de l'année. L'équipe de PEC-C traverse l'eau pour pouvoir rencontrer les ASC, mais elle est aussi consciente du fait qu'il est parfois impossible d'atteindre une communauté. Lors de la visite de supervision, l'équipe s'assure que tous les ASC sont approvisionnés en grande quantité de médicaments, de sorte que la PEC-C ne soit pas arrêtée par l'impossibilité pour les superviseurs de faire une visite prévue.

Prévoir un prestataire en établissement en tant que superviseur, avec un temps partagé entre la supervision et la prise en charge des cas. La supervision de la PEC-C est un travail difficile mais fondamental. Les gestionnaires doivent identifier et mobiliser les ressources nécessaires pour récompenser correctement ce travail à temps plein qui comporte des responsabilités exigeantes.

Concevoir des outils de supervision nécessaires pour assurer la qualité et prévoir de l'utiliser ces données pour le suivi de la qualité. Les outils de supervision permettent aux superviseurs d'évaluer objectivement la qualité. L'application d'une fiche de contrôle standardisée peut améliorer la qualité des visites de supervision en donnant aux superviseurs un moyen d'enregistrer leurs observations, tout en les incitant à exécuter toutes les tâches que la visite de supervision doit impliquer. Le contenu des fiches de contrôle doit correspondre à la description de poste des ASC (c'est-à-dire, les tâches qu'un ASC est demandé d'effectuer). Les fiches de contrôle constituent une des deux principales sources de données pour le contrôle de la qualité d'un programme de PEC-C. Les fiches de contrôle devraient être conçues de façon à permettre aux superviseurs de consigner leurs observations sous une forme qui facilite la compilation et la comparaison d'un site à l'autre, et dans le temps. La Figure 23 montre la fiche de contrôle d'un superviseur et les indicateurs correspondants, qui sont ensuite compilés dans un registre PEC-C.

FIGURE 23 : FICHE DE CONTRÔLE DE SUPERVISION ET INDICATEURS DE QUALITÉ CORRESPONDANTS, SUD-SOUDAN

Fiche de contrôle pour le superviseur		Indicateurs correspondants	
CBD's Name: _____ Village: _____ Date of Visit: / / _____ Month: _____ NO: _____ MF: _____		Les épisodes de toutes les maladies traitées par PEC-C (utilisation)	Le # d'épisodes de maladies traitées par la PEC-C pour 1 000 enfants de moins de 5 ans, par an
1. Patient Register • Are all the names of the patients and villages recorded? <input type="checkbox"/> Yes (Recorded) <input type="checkbox"/> No (not recorded) • Are all sex, age, treatment given, and referral ticked correctly? <input type="checkbox"/> Yes (completed) <input type="checkbox"/> No (not completed) • How many patients has the CBD seen so far this month? _____ 1. Number of fever malaria cases _____ 2. Number of diarrhea cases _____ 3. Number of pneumonia cases _____ 4. Number of referrals _____		Les épisodes de maladies spécifiques traitées par PEC-C (utilisation)	Le # de cas (traités par les ASC au niveau des ménages et cas d'urgence référés par les ASC)
2. Drug Register • Is the drug register filled out? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (same amount given out, amount remaining for each patient seen) Correct amount of drugs given for each patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A If not given correctly, what and how much did the CBD give out? _____ • Physically count the amount of drugs left in the box: 1. ACT amount _____ 2. ORS amount _____ 3. Zinc amount _____ 4. Amoxicillin amount _____		Disponibilité des médicaments	Le % des ASC qui ont chaque médicament le jour de la supervision
3. Environment • Proper usage of box <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (box locked and in clean dry place, all equipment inside working correctly)		Stockage des médicaments	Le % des ASC qui stockent les médicaments dans un endroit sûr, frais et sec
4. Visit One Patient Did you visit one patient of this CBD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Ask mother if you can discuss the child seen by CBD: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name of child: _____ 1. How long had (NAME) been sick before you took him/her to CBD? <input type="checkbox"/> Less than 24 hrs <input type="checkbox"/> More than 24 hrs 2. What symptoms did (NAME) have? <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Other 3. What drugs did the CBD give you? <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> ORS <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Amoxicillin 4. How many tablets did the CBD give you? • ACT amount _____ • ORS amount _____ • Zinc amount _____ • Amoxicillin amount _____ 5. Correct treatment prescribed for Fever? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 6. Correct treatment prescribed for Diarrhea? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 7. Correct treatment prescribed for Pneumonia? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 8. Did mother give drugs for fever correctly? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 9. Did mother give drugs for diarrhea correctly? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 10. Did mother give drugs for pneumonia correctly? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A 11. How is (NAME) now? <input type="checkbox"/> Better <input type="checkbox"/> Same <input type="checkbox"/> Worse 12. How old is (NAME)? <input type="checkbox"/> Under 6 mo <input type="checkbox"/> 6-11 mo <input type="checkbox"/> 12-59 months 13. How would you rate the CBD's work? <input type="checkbox"/> Well <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Poorly		La prise en charge correcte des cas par les ASC	Le % des ASC qui effectuent correctement les compétences de base
14. Supervisor's comments/complaints/problems _____ _____ _____		La satisfaction des pourvoyeurs de soins avec les services offerts par l'ASC	Le % des pourvoyeurs de soins qui classifient l'ASC comme bon ou excellent

FIGURE 24 : FICHE DE SUPERVISION DANS L'APPAREIL ÉLECTRONIQUE PORTATIF

Rendu visite à un patient			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SYMPTÔMES				
FIÈVRE	DIARRHÉE	PNEUMONIE		
TRAITEMENT				
CTA	SRO	ZINC	Amox	
Mère a administré médicaments correctement (comment et quand)?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comment la mère trouve l'enfant maintenant?				
Mieux	Pareil	Pire		

Au Sud-Soudan, certains superviseurs utilisent la même fiche que celle de la Figure 23, mais dans un format de données électroniques, comme le montre la Figure 24.

D'autres données pour surveiller la qualité et l'utilisation peuvent également provenir des visites de supervision (ou de la réunion mensuelle) lorsque les superviseurs collectent les compte rendus préparés par les ASC.

Identifier d'autres responsabilités de supervision. Par sa nature, le rôle d'un superviseur est un rôle d'autorité. Il est donc important de définir clairement les décisions et actions que les superviseurs peuvent prendre, ainsi que les canaux de communication qu'ils sont censés suivre. Les réponses aux questions ci-dessous peuvent clarifier les responsabilités d'un superviseur et la description de poste.

- Comment le superviseur exercera-t-il le suivi des problèmes de qualité ?
- Le superviseur s'occupera-t-il des questions disciplinaires ?
Si oui, comment ?
- Qui supervise le superviseur ?
- Qui paie le superviseur ?
- Comment le superviseur doit-il communiquer à son supérieur hiérarchique ?

Créer une description de poste des superviseurs avec un profil et des objectifs de performance. La description de poste des superviseurs communique clairement ce que le superviseur est censé faire, y compris le moment et la fréquence des visites et des réunions, quelles données doivent être collectées et comment les informations doivent être communiquées.

Développer le profil des superviseurs. Pour décider qui doit être le superviseur, listez des qualités d'un candidat idéal. Par exemple, prenez en considération les éléments suivants :

- les connaissances, les compétences et l'expérience que le superviseur doit avoir pour assurer le suivi de la qualité et le soutien des ASC ;
- la position envers la supervision communautaire et la volonté de l'effectuer ;
- l'attitude envers les ASC ;
- les attentes des ASC et de la communauté envers un superviseur ;
- les attentes des gestionnaires et des collègues de travail envers un superviseur et
- les autres responsabilités principales qui risquent d'entraver ou concourir avec les responsabilités de supervision.

Le Tableau 18 énumère plusieurs profils de superviseurs et leurs avantages et inconvénients éventuels.

TABLEAU 18 : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE DIFFÉRENTS PROFILS DE SUPERVISEURS

PROFIL	AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
Superviseur spécialisé embauché par la formation sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune interférence de priorités concurrentes • ASC promu à ce poste 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût est modeste mais doit être soutenu • Rôle peut causer de la confusion, sans lien évident avec la formation sanitaire • Superviseur ne sera pas forcément formé au sens médical du terme
Personnel de la formation sanitaire affecté à la sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Dévoué aux activités communautaires • Lien clair avec la formation sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut avoir des priorités concurrentes, telles que les activités de vaccination
Personnel de la formation sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Reçoit directement les avis de référence • Utilisé comme un lien direct entre la communauté et la formation de santé • Peut être informé sur le stock global de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Distrayant par des priorités concurrentes • Peut se sentir menacé par les ASC
Personnel spécialisé des ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Son temps peut être consacré au programme de PEC-C 	<ul style="list-style-type: none"> • Cher ; opère à l'extérieur du système de santé • Pas durable

La description de poste intègre le profil. Autres éléments à inclure dans une description de poste comprennent

- les tâches spécifiques que le superviseur doit accomplir,
- au moins un résultat mesurable pour chaque tâche,
- une description des conditions de travail et
- le code de conduite.

ENCADRÉ 41 : EXEMPLE DE DESCRIPTION DE POSTE DE SUPERVISEUR PEC-C, SUD-SOUDAN ¹⁴¹

Description de poste : Superviseur en survie de l'enfant

Date :

Site :

Titre : Superviseur de survie de l'enfant

Superviseur : Agent de survie de l'enfant

Responsabilités précises

1. Construire une compréhension au sein des communautés du rôle des prestataires communautaires (distributeurs à base communautaire, ou DBC).
2. Travailler avec les DBC pour mobiliser la communauté à participer au programme Survie de l'enfant.
3. Assurer la liaison entre l'agent de survie de l'enfant et les communautés.
4. Encadrer l'organisation et l'élaboration des activités permettant d'identifier, de sélectionner et de former des DBC.
5. Organiser des réunions mensuelles avec tous les DBC de chaque circonscription de formation sanitaire.
6. Effectuer au moins une visite par mois à chaque DBC pour le suivi et la supervision.
7. Assurer correctement la distribution et l'enregistrement des médicaments pour chaque DBC.
8. Collecter, vérifier et présenter des rapports d'activité mensuels de chaque DBC et de la formation sanitaire locale. Ces rapports doivent être soumis sous format assistant numérique personnel, en temps utile, à l'agent de survie de l'enfant.
9. Collecter et soumettre des rapports mensuels de chaque DBC sur les naissances et décès.
10. Commander des médicaments nécessaires à la formation sanitaire locale et les distribuer aux DBC.
11. Assurer toute autre responsabilité appropriée à la demande de la direction générale du programme.

Actions essentielles de supervision

Lors d'une visite chez un prestataire communautaire, un superviseur doit accomplir les tâches suivantes :

- se rendre au domicile du prestataire communautaire ;
- vérifier le registre de soins tenu par le prestataire ;
- vérifier le registre de médicaments tenu par le prestataire ;
- observer l'emplacement et l'entretien des médicaments au domicile du prestataire ;
- vérifier les quantités de médicaments afin d'évaluer les ruptures de stock ;
- rendre visite au domicile d'un enfant choisi au hasard (ou celui qui a été vu dernièrement) et qui a été soigné par le prestataire, et parler avec le pourvoyeur de soins de l'enfant et
- présenter du feedback au prestataire ; pour cet entretien privé choisir un endroit calme où le prestataire se sent à l'aise.

Former et orienter les superviseurs, les prestataires en établissement et les gestionnaires avant de former les ASC. La formation se fait généralement de haut en bas, ce qui signifie que les agents de santé de haut niveau reçoivent une formation avant les ASC. La formation du bas vers le haut, en commençant par les ASC, peut entraîner des problèmes lorsque le personnel de santé de haut niveau sans formation est incapable d'assurer une supervision et un soutien adéquat pour les cas visés par les ASC.

Formation des superviseurs. La formation des superviseurs doit les préparer à dispenser des conseils techniques et du soutien et à motiver les ASC. Les superviseurs doivent

- être capable de bien exécuter toutes les tâches que les ASC sont tenus de faire afin qu'ils puissent vérifier et consolider les compétences des ASC lors des visites de supervision, par exemple, être capable de compter la fréquence respiratoire, d'évaluer la fièvre, de dissoudre et administrer des comprimés de cotrimoxazole, de conseiller les pourvoyeurs de soins, d'assurer le suivi des visites et de compiler correctement les rapports mensuels des ASC ;
- bien connaître toutes les médications, les posologies correctes et les produits pour le réapprovisionnement ;
- bien maîtriser les mécanismes de documentation (rapports) et d'enregistrement pour refléter avec précision les services des ASC, y compris les calculs de besoins en médicaments et en fournitures, et les transmettre au niveau supérieur pour la collation avec d'autres rapports des ASC ;
- développer des compétences d'encadrement : techniques de rétroaction, afin d'améliorer la performance des ASC ; et

- être capable d'encadrer les ASC dans l'organisation des réunions au niveau des communautés et dans la négociation avec les dirigeants locaux et les membres de la communauté pour mobiliser le soutien aux ASC, pour améliorer la compréhension du programme, et fournir du feedback au sujet des enfants soignés.

Formation ou orientation pour d'autres membres du personnel. Les rapports entre les ASC et les autres niveaux du système de santé (par exemple, les centres de santé et les bureaux de district) permettent de déterminer d'autres besoins en formation ou en orientation. En plus de superviseurs, les membres du personnel suivants peuvent avoir besoin de formation.

- Les prestataires des structures d'accueil peuvent avoir besoin de formation ou de perfectionnement en PCIME pour assurer qu'ils sont en mesure d'offrir des soins de qualité aux enfants malades et qu'ils comprennent leur rôle de collaboration avec les ASC, de soutien à ces derniers, ainsi que leur rôle dans le système de référence.
- Les personnes qui assurent la gestion des médicaments et des fournitures peuvent avoir besoin d'orientation pour préciser leurs rôles, les nouvelles directives ou les directives logistiques adaptées en matière des médicaments et des fournitures de PEC-C.
- Les gestionnaires au sein du système de santé, que le système soit géré par le gouvernement, des ONG ou des détaillants privés, doivent être prêts à soutenir la prise en charge communautaire offerte par les ASC.
- Autres professionnels, dont la liste est longue—accoucheuses traditionnelles, dirigeants locaux, pharmaciens, vendeurs de médicaments du secteur privé, etc.—peuvent bénéficier d'une présentation initiale sur l'initiative PEC-C, pour faciliter la prise de conscience et la création d'un environnement favorable.

Une telle formation ou orientation pourrait aborder les sujets suivants.

- Pour les prestataires : en plus des compétences cliniques à la PCIME, les compétences interpersonnelles, à savoir comment poser des questions ouvertes, éviter les questions tendancieuses, gérer des comportements dominants et fournir du feedback positif
- Pour les gestionnaires : une introduction à la mobilisation communautaire avec des exemples et des résultats correspondants provenant d'autres programmes ou d'autres régions du pays, les leçons qu'on peut tirer d'autres initiatives communautaires, telles que la distribution de contraceptifs au sein de la communauté, le marketing social des moustiquaires imprégnées d'insecticide et les soins à domicile pour le VIH / SIDA
- Pour tout public : une meilleure compréhension des objectifs de la PEC-C et le rôle de chacun dans cette initiative

Préparer une formation des ASC basée sur leurs responsabilités (description de poste)

L'utilisation appropriée des algorithmes et des diagrammes basés sur les directives de prise en charge des cas est le noyau de la formation des ASC.

Une bonne expérience de formation va également motiver, inspirer et stimuler les ASC et les encourager à prendre la responsabilité de fournir des services de qualité dans leurs communautés.

Mettre en place une équipe de formation qui inclut les superviseurs et les ASC, si possible. Les gestionnaires devraient nommer une équipe chargée de planifier et d'animer les formations auprès des ASC. L'équipe peut inclure des formateurs qualifiés du système de santé officiel, des ONG et / ou des organisations professionnelles. L'implication des superviseurs des ASC, des prestataires de structures d'accueil de premier niveau et des ASC peut rendre la formation pertinente et spécifique au contexte et aux conditions dans la zone du programme. L'équipe est chargée de concevoir le contenu et le format et de planifier le calendrier de la formation, d'élaborer et exécuter les détails administratifs et logistiques et de préparer ceux qui vont animer la formation.

ENCADRÉ 42 : LES PRESTATAIRES EN ÉTABLISSEMENT EN TANT QUE FORMATEURS RENFORCENT LES LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ ET AMÉLIORENT LA QUALITÉ DE SUPERVISION ²⁵

À **Kwale**, au Kenya, le fait d'avoir un superviseur direct des ASC qui intervient en tant que formateur a contribué à améliorer la qualité de la supervision après la formation et à renforcer les liens de référence au sein du système de santé officiel. Au **Honduras**, l'incitative de faire intervenir des fonctionnaires du MSP en tant que facilitateurs de la formation était cruciale pour la durabilité des activités de PEC-C, surtout vu le rôle important joué par le système de référence. Les liens formels entre la communauté et la formation sanitaire, et les relations entre les ASC et le personnel du MSP, s'en sont vus améliorés, conduisant à une meilleure compréhension des rôles, des responsabilités et des compétences aux deux niveaux du programme. Les prestataires en établissement ont appris à mieux apprécier le travail des ASC.

Utiliser la description de poste des ASC pour définir les objectifs

d'apprentissage et élaborer des tests d'évaluation. La description de poste des ASC (Section IV, « Augmentation de l'accès ») est la base pour déterminer la portée, le contenu et les objectifs de la formation. La description de poste définit les tâches spécifiques que l'ASC doit accomplir. L'analyse de chaque tâche produit une description des connaissances et des compétences requises pour accomplir la tâche. Celles-ci peuvent ensuite être converties en objectifs d'apprentissage. Par exemple, pour accomplir la tâche « évaluer les maladies infantiles », l'ASC doit savoir quelles questions il faut poser au pourvoyeur de soins et quels signes il faut observer. L'ASC doit également avoir la capacité (les compétences) requise

pour identifier le tirage sous-costal et mesurer le rythme respiratoire par minute. Les objectifs d'apprentissage en matière de connaissances pourraient être que l'ASC est capable de formuler les 8 questions à poser au pourvoyeur de soins de l'enfant. Les objectifs en matière de compétences pourraient être que l'ASC sait comment faire un décompte précis du rythme respiratoire par minute entre les trois respirations.

Les objectifs d'apprentissage de la formation (les connaissances et techniques) servent également de base pour les évaluations des compétences des ASC et de l'efficacité de la formation. Le pré-test et le post-test professionnels—soit à l'écrit, soit à l'oral, en fonction du niveau d'alphabétisation de l'ASC—peuvent indiquer une évolution des connaissances. La maîtrise des compétences en matière d'évaluation, de classification, de traitement, d'archivage et de counseling est un objectif primordial de la formation. Pour observer les stagiaires, les formateurs peuvent utiliser (ou enrichir) la fiche de contrôle de compétences créée pour les superviseurs. Lors de la formation, la présentation aux ASC des méthodes utilisées par les superviseurs pour suivre la qualité renforce la cohérence des systèmes de suivi de la qualité.



ENCADRÉ 43 : UTILISER L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS DE FORMATION POUR SÉLECTIONNER LES ASC POUR LA PEC-C

Dans un programme au **Kenya**, les ASC ont d'abord participé à une formation initiale de 5 jours consacrée aux éléments de soins de santé primaires et à leur rôle en tant que promoteurs de la santé. Les responsables du programme ont sélectionné un sous-ensemble de ces ASC formés pour recevoir une formation supplémentaire de 5 jours sur la PEC-C intégrée. Cette sélection était basée sur leurs compétences observées au cours de la formation initiale et du suivi.

Les programmes communautaires à **Madagascar** utilisent une approche à trois niveaux. La communauté choisit les ASC pour le premier niveau : la sensibilisation. Tous les ASC reçoivent cette formation de base. Ensuite, les formateurs choisissent ceux qui ont fait leurs preuves pour le niveau suivant : la PEC-C et la sensibilisation. Pour devenir des « ASC de troisième niveau », certains de ces ASC sont ensuite formés pour assurer la PEC-C, la sensibilisation et la distribution de contraceptifs à l'échelle communautaire.

Aborder la situation particulière des ASC dans la planification. De nombreux facteurs spécifiques à la zone du programme et les caractéristiques des ASC influent sur la conception de la formation : l'approche, l'emplacement, le calendrier et la composition du groupe. Une évaluation rapide des origines des stagiaires, de leurs connaissances et compétences peut être utile si les critères définis pour sélectionner les ASC (voir la Section IV, « Augmentation de l'accès ») étaient très généraux, ou s'ils n'étaient pas entièrement satisfaits, pour une raison quelconque. Les facteurs influant sur la conception de la formation sont abordés ci-dessous.

Les niveaux d'alphabétisation, la formation en matière de santé et l'expérience des ASC. Les gestionnaires doivent décider s'il convient d'organiser des formations distinctes pour les ASC lettrés et illettrés ou des formations communes. Si les ressources sont suffisantes, la formation séparée permet aux formateurs de se concentrer sur chaque groupe et de procéder à des vitesses différentes. Toutefois, dans des groupes mixtes, les formateurs peuvent encourager les ASC plus instruits à agir en tant que formateurs assistants, en animant la révision de certaines leçons et en expliquant les concepts. Cela aide à réduire l'écart entre le formateur et le stagiaire et à donner aux ASC de la confiance en eux-mêmes.

Dans la plupart des contextes, les ASC auront déjà une certaine expérience de la PCIME-C ou d'une autre approche de santé à base communautaire. Dans un tel cas de figure, il peut être possible d'effectuer une formation pratique sur le tas, où les tuteurs qualifiés travaillent côte à côte avec les ASC pour leur donner des conseils, en s'appuyant sur leurs connaissances théoriques. Les cas deviennent ainsi plus faciles à trouver, puisque le tutorat aura probablement lieu dans un cadre clinique.

Cependant, certains ASC n'auront pas de formation en matière de santé ou de PCIME-C. Encore une fois, les gestionnaires doivent peser les avantages et les inconvénients des formations conjointes ou séparées. Les formations communes peuvent actualiser les connaissances et les compétences existantes des ASC, tout en les impliquant dans l'orientation de leurs collègues plus novices. Les ASC sans expérience en matière de santé ont besoin de suivre une formation à la fois théorique et pratique avec des cas réels.

La possibilité pour les ASC de voyager ou de s'absenter de leur domicile.

Certains ASC habiteront des communautés rurales où il est difficile de parcourir de longues distances ou de s'absenter de son domicile pendant des périodes prolongées. Idéalement, le lieu de formation doit être dans un endroit central, pour que la durée du voyage soit la même pour tous les ASC. Typiquement, il s'agit de la formation sanitaire de premier niveau, qui est pratique pour les formateurs et où l'on peut utiliser des cas réels pour les exercices cliniques.

La formation doit également être prévue au moment qui convient aux ASC. Les responsabilités des ASC relatives aux travaux agricoles et domestiques, la période de plantation ou de récolte dans les zones rurales et la saison des pluies qui limitent l'accès à certaines zones sont des préoccupations à prendre en compte. Certains programmes offrent des allocations de formation pour compenser la perte de revenus et de temps. Si les ASC ont leur propre entreprise, il faudra peut-être programmer les formations à des heures flexibles, par exemple, tôt le matin ou pendant le week-end.



La langue ou le dialecte des ASC. Dans certains milieux ruraux, les différences linguistiques entre les formateurs et les ASC peuvent poser des problèmes. L'utilisation de la langue locale pour la formation peut

améliorer la performance des ASC, en particulier pour donner des instructions et conseils aux pourvoyeurs de soins. Dans la mesure du possible, les formateurs qui parlent les dialectes locaux devraient assurer la formation. Lorsque cela n'est pas possible, les ASC possédant les compétences linguistiques nécessaires peuvent aider à combler l'écart. Il est généralement nécessaire de prévoir un temps supplémentaire pour la formation nécessitant l'interprétation et la traduction.

Préparer une formation clinique, sur le tas, en plus d'une formation en salle de classe. Idéalement, les ASC ont toujours la possibilité d'examiner de vrais enfants dans le cadre de la formation. L'efficacité de la formation sans cas cliniques n'est pas garantie, mais les supports visuels tels que des vidéos et des photos peuvent être utiles. Toutefois, la formation qui comprend une expérience clinique réelle peut être coûteuse.

Pendant la planification de la formation clinique, l'équipe doit répondre aux questions suivantes.

- Est-ce que le site de formation offre un accès facile à des cas concrets pour permettre aux ASC de pratiquer l'évaluation et la classification ?
- Si non, est-il possible de transporter les ASC dans un hôpital ou une clinique de proximité pour les sessions cliniques et d'organiser les séquences théoriques dans un contexte local différent, par exemple, une salle de classe ou une salle de réunion ?
- Est-il culturellement et financièrement raisonnable de réunir les ASC pour une partie de la formation dans un cadre plus urbain afin d'avoir accès à davantage de cas réels ?
- Si la formation pratique se déroule dans un hôpital ou une clinique qui ne fait pas partie de l'initiative PEC-C, quels arrangements seront nécessaires pour garantir que les ASC ont accès à des cas et sont bien accueillis par le personnel ?

ENCADRÉ 44 : LA FORMATION CLINIQUE DANS DES LIEUX DIFFÉRENTS

En **Haïti**, la formation professionnelle des ASC dans l'évaluation et le traitement de la pneumonie a été mieux réussie dans la communauté où on allait donner les soins, plutôt que dans un hôpital. Cela a contribué à définir la stratégie pour la communauté les ASC, et en même temps a associé la communauté à la PEC-C dès le début.

Au **Népal**, les gestionnaires s'inquiétaient au sujet du nombre de cas qu'il y aurait pour les ASC à examiner si la formation était organisée dans le district, où les hôpitaux étaient de petite taille. Ils ont choisi les hôpitaux de zone pour la formation pratique. Toutefois, après les formations organisées dans les deux endroits, les compétences des ASC formés dans les petits hôpitaux de district étaient aussi bonnes, sinon meilleures, que celles des ASC formés dans les grands hôpitaux de zone. Cela suggère que, soit suffisamment de cas étaient disponibles dans les hôpitaux de district, soit les vidéos et d'autres exercices de prise en charge des cas utilisés étaient des techniques d'apprentissage efficaces.

Veiller à ce que les groupes ne dépassent pas plus de 20 stagiaires, avec un formateur pour 5 ASC. L'analyse de situation et le nombre souhaité de personnes pour chaque ASC doit déterminer le nombre d'ASC nécessitant une formation. Les paramètres géographiques, l'accès, les ressources et la situation des ASC auront une incidence sur le nombre d'ASC nécessitant une formation, et sur le nombre d'ASC à inclure dans chaque groupe de stagiaires. Pour rendre les interactions et les discussions plus efficaces, le groupe de stagiaires ne devrait pas être trop grand, idéalement pas plus de 20 stagiaires.

ENCADRÉ 45 : DE PETITS GROUPES ET UN PETIT NOMBRE DE STAGIAIRES PAR FORMATEUR

En **Haïti**, un programme progressif, basé sur les compétences, pour la PEC-C a été utilisé après que la plupart des autres programmes de santé maternelle et infantile fonctionnaient bien. Dans ces zones, les ASC résidents qui avaient terminé la 7^e année dans le système scolaire local ont reçu une formation en salle de classe dans des groupes de 15 à 20 étudiants et une formation pratique avec un formateur pour 5 à 6 ASC. Les formations pratiques sur le terrain sont organisées périodiquement pendant près d'un an.

Au **Népal**, dans un contexte où de nombreux ASC ont un faible niveau d'alphabétisation et un parcours scolaire limité, les formateurs ont constaté que le nombre idéal maximum de stagiaires par groupe était de 18, avec un formateur pour 3 à 4 ASC.

ENCADRÉ 46 : CONSEILS POUR ENSEIGNER LES COMPÉTENCES CLÉS

Faire particulièrement attention à ce que les ASC soient capables d'évaluer correctement le tirage sous-costal (rétractions intercostales)

Présenter étape par étape comment compter le rythme respiratoire

Compter avec précision le rythme respiratoire est une compétence qui s'apprend avec beaucoup d'expérience. En règle générale, les formateurs abordent cette compétence en suivant les étapes ci-dessous.

1. Montrer les signes de respiration rapide ; utiliser des supports visuels pour faciliter la compréhension.
2. Familiariser les ASC à l'utilisation d'une horloge, d'une montre ou d'un minuteur.
3. Rappeler aux ASC d'évaluer la fréquence respiratoire et le tirage sous-costal d'abord en « posant des questions » et en « regardant ». Éviter d'examiner l'enfant (par exemple, toucher pour évaluer la fièvre ou tout autre signe) car cela peut perturber l'enfant et rendre le comptage de la fréquence respiratoire difficile.
4. Utiliser une vidéo pour les exercices pratiques initiaux.
5. Demander aux ASC de pratiquer le comptage de la fréquence respiratoire sur leurs proches à la maison ou sur d'autres stagiaires.
6. Au cours des sessions suivantes, passer aux exercices pratiques avec un enfant de moins de 5 ans, sous la supervision d'un formateur.
7. Continuer l'exercice de comptage jusqu'à ce que chaque ASC soit à l'aise et capable de bien compter la fréquence.
8. Faire des jeux de rôle permettant aux ASC d'incorporer le comptage de la fréquence respiratoire à l'évaluation complète de l'enfant malade.
9. Faire compter la fréquence respiratoire avec des enfants réellement malades.

Prévoir suffisamment de temps pour présenter et pratiquer les compétences de conseil, y compris l'utilisation de cartes-conseils et de matériel de rappel pour les mères (voir la Section VI, « Augmentation de la demande »).

S'assurer que les ASC maîtrisent les compétences relatives à l'enregistrement de données. L'enregistrement précis de données est très important pour le suivi, pour le partage des activités de programme avec les communautés et pour la collecte de données qui convaincront les décideurs que la PEC-C est sûre et efficace.

Appliquer les principes de l'apprentissage des adultes et sélectionner des méthodes participatives. Les principes de l'apprentissage des adultes préconisent que « les adultes apprennent mieux dans le contexte d'apprentissage empirique : expérience directe enrichie par des discussions, des explications et / ou des démonstrations, dans un environnement non-menaçant et propice à la construction d'une communauté parmi les apprenants »¹⁴². Les opinions et les expériences des apprenants (ou des stagiaires) peuvent contribuer au processus d'apprentissage et doivent être reconnues et respectées. Le fait d'aborder les compétences que les ASC peuvent utiliser immédiatement permet d'accroître leur motivation.

L'apprentissage par la pratique, par une participation active tout au long des sessions pratiques, est une approche importante pour une formation réussie. Des discussions et d'autres activités à la fois éducatives et ludiques devraient compléter le processus d'apprentissage. La boîte à outils à la fin de cette section contient une liste annotée de méthodes de formation participative utiles pour les ASC.

ENCADRÉ 47 : MÉTHODES DE FORMATION INTERACTIVES ET LUDIQUES

Au **Népal**, de nombreuses approches différentes ont été utilisées pour rendre les formations pour les ASC plus interactives, plus participatives et plus divertissantes. Les jeux de rôle pour tous les scénarios, par exemple—l'évaluation, l'examen, le conseil, la fourniture de médicaments et l'avis de référence—se sont avérés très utiles. Au début, deux formateurs présentent un jeu de rôle, puis un formateur et un ASC et ensuite deux ASC. Les jeux peuvent se présenter devant l'ensemble du groupe ou en petits groupes pour permettre à tous les ASC d'acquérir une pratique adéquate dans un cadre non menaçant. Des sketches, le jeu théâtral, des jeux, des chansons et la danse sont utilisés pour renforcer les messages. Les chansons populaires locales avec des textes adaptés ont été stimulantes et faciles à retenir.

En **Haïti**, des concours sont organisés pour la création de chansons utilisant des messages standards, cette activité est assez populaire parmi les ASC. Ces chansons, ainsi que des sketches sur les symptômes, les traitements et le suivi, sont bien accueillis dans les salons de la santé également, car ils assurent la diffusion d'information au sein de la communauté.

Il y a beaucoup d'excellentes ressources pour la formation des adultes et d'exemples de méthodes de formation utilisées par des programmes communautaires réussies. La boîte à outils contient des exemples de programmes de formation et d'autres ressources pour la formation des ASC.

Déterminer la durée de la formation après avoir pris en compte tous les éléments ci-dessus. Les décisions relatives à la durée de la formation (et si elle doit se dérouler en une seule session ou en une série de séances) nécessitent une analyse de la formation antérieure et de l'expérience des ASC, leurs compétences pratiques, leurs connaissances, les questions logistiques et les compétences qu'ils doivent maîtriser, ainsi que la nature de l'initiative PEC-C.

Certains programmes utilisent une approche progressive ou séquentielle pour introduire les interventions. Par exemple, ils commencent avec la prise en charge de la diarrhée et les compétences nécessaires pour gérer un enfant malade, puis, quelques mois plus tard, les autres interventions sont ajoutées (par exemple, la prise en charge du paludisme). La formation progressive est acceptable. Toutefois, elle présente parfois des défis logistiques pour les formateurs qui ont du mal à budgétiser plusieurs visites ou pour les programmes axés sur les directives du traitement intégré.

ENCADRÉ 48 : DIFFÉRENTES APPROCHES À LA FORMATION DANS DIFFÉRENTS PROGRAMMES

En **Éthiopie**, les ASC (agents de vulgarisation sanitaire) ont terminé la 10e année dans le système scolaire local et 6 mois de formation de base en matière de santé primaire avant de commencer à travailler dans la PEC-C. Le programme de formation PEC-C couvre la prise en charge de la pneumonie, le paludisme, la diarrhée, les vaccinations, des conseils en nutrition et l'identification des signes de danger chez le nouveau-né. La formation s'étale sur 5 jours, y compris les séances de travaux pratiques.

En **Haïti**, les infirmières et les ASC reçoivent une formation complète en PEC-C avant que la communauté n'apprenne qu'un nouveau programme a démarré et avant qu'elle soit encouragée à recourir aux soins. Une fois que la mobilisation communautaire commence pour de bon, associant de nombreuses organisations communautaires, les ASC doivent être prêts et équipés pour accueillir des enfants malades. Dans certains cas, les ASC et leurs superviseurs ont mis en place des « rally posts » spéciaux pour s'assurer que les ASC ont assimilé l'apprentissage théorique et pratique nécessaire pour pouvoir évaluer et soigner correctement les enfants.

Dans le cadre du projet ANKUR axé sur les soins néonataux à domicile (SND) à Maharashtra, en **Inde**, la formation des ASC avait une durée totale de 31 jours. Elle était organisée en 7 ateliers étalés sur une période de 12 mois. Chaque atelier avait une durée de 3 à 5 jours. Après chaque atelier, les ASC pratiquaient des compétences nouvellement acquises dans leurs communautés avec l'appui d'un superviseur. Cette possibilité d'apprendre, de pratiquer et de consolider les compétences est une pierre angulaire du programme de formation SND.

Au **Népal**, la formation pour la PEC-C de pneumonie dure trois jours et demi. Immédiatement après cette formation, il y a une orientation de demi-journée pour les dirigeants locaux et une réunion d'une journée pour le groupe des mères où une ASC, avec ses nouvelles compétences, est présenté à la communauté. Environ deux mois après cette formation initiale, les ASC ont une autre formation de deux jours qui passe en revue les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion des cas de pneumonie et aborde des aspects supplémentaires de la maladie. À ce moment-là, la formation ajoute la prise en charge de la déshydratation avec des SRO, les conseils à fournir en cas de problèmes d'alimentation, l'importance de la vaccination, et l'identification et référence de nouveau-nés qui présentent des signes de danger.

Vérifier que les outils que les ASC utiliseront sont prêts avant de démarrer la formation. Les techniques d'utilisation correcte des formulaires d'enregistrement des données, des cartes conseils et des cartes de rappel à domicile constituent un élément clé de la formation. Avant d'imprimer ces outils et de commencer la formation, il est important de prévoir le temps nécessaire de les relire, pré-tester et réviser.

En plus des outils PEC-C, les ASC apprécient les documents qui les identifient à la communauté en tant qu'ASC et les aident à exercer leurs responsabilités. De tels documents comprennent

- les cartes d'identité ;
- les sacs pour les manuels et le matériel de propagande ;
- une torche, des bottes en caoutchouc, un parapluie ; et
- des vêtements appropriés avec le logo du programme ou l'équivalent.

Préparer ou se procurer des supports de formation supplémentaires, si nécessaire. En règle générale, le matériel de formation comprend

- les appareils de chronométrage (montre, horloge, minuteur ou chronomètre de la fréquence respiratoire de l'UNICEF) ;
- un thermomètre, lorsque les ASC sont censés en utiliser ;
- les organigrammes / algorithmes des soins ;
- un guide ou manuel pour les ASC ;
- des médicaments, avec le récipient et l'eau pour dissoudre les comprimés ;
- le formulaire d'enregistrement des enfants malades ;
- le formulaire de référence ;
- le formulaire de contrôle des médicaments (fiche de stock) ;
- des cartes de conseils ;
- des cartes de rappel à domicile pour les pourvoyeurs de soins ;
- des vidéos, affiches, photographies ou d'autres outils graphiques qui présentent les signes de la maladie et les signes de danger ;
- une boîte de rangement pour les médicaments ;
- des cahiers et crayons pour les stagiaires ; et
- des étiquettes avec les noms des stagiaires et du formateur.

Dans le cadre de certains programmes les ASC remplissent une fois par mois les formulaires de morbidité ou les certificats de décès, ou les deux à la fois, et dans ces situations, les formulaires devraient être disponibles pour la formation. Cependant, dans la plupart des programmes, ces éléments font partie de la fiche de contrôle du superviseur, ou les autorités locales en sont responsables.

Pendant la planification de la formation, il faudrait également tenir compte du temps nécessaire pour faire venir le matériel de formation (et les équipements connexes, comme les lecteurs vidéo et moniteurs) sur les sites de formation, ainsi que les formulaires d'enregistrement et de documentation, les médicaments et les fournitures.

Anticiper les problèmes potentiels afin de les éviter

Problèmes logistiques. Les problèmes qui perturbent le bon déroulement de la formation sont souvent liés à la logistique et à la gestion de la formation. La planification doit prévoir

- le montant et la distribution des per diem ;
- le remboursement de différents frais, par exemple le déplacement et la perte de revenu ;
- des boissons et des repas ;
- une garderie pour les enfants des stagiaires, en particulier celles qui allaitent ; et
- l'alimentation électrique pour visionner les vidéos ; la disponibilité de générateurs.

Il est difficile pour un formateur d'avoir également la responsabilité de toute la logistique de la formation. Si possible, un assistant logistique doit être attribué.

Les problèmes liés à la situation sociale. Les ASC peu alphabétisés ou considérés de condition sociale inférieure peuvent éprouver des difficultés à parler devant un groupe ou à assimiler rapidement de nouveaux concepts. Les formateurs doivent être sensibilisés à ces situations à l'avance afin d'utiliser différentes techniques d'intégration pour éviter que des ASC se sentent rabaissés ou humiliés.

Évaluer les compétences des ASC pendant et après la formation. L'évaluation des compétences des stagiaires doit être faite à plusieurs étapes de la formation. Cela permet d'identifier les ASC qui ont besoin d'être guidés et entraînés davantage avant de retourner dans leurs communautés. Pour assurer le suivi, peu de temps après la formation, une visite de supervision sur le lieu de travail des ASC peut s'imposer pour renforcer les compétences. Certains programmes exigent que les ASC soient certifiés, ayant réussi un examen final qui évalue les compétences pratiques (par exemple, compétences cliniques et l'enregistrement des données) et les connaissances théoriques (par exemple, par un test écrit). Certains programmes exigent une recertification périodique.

Mettre en place un système de suivi de la dynamique de formation. Un système de suivi de la dynamique de formation permet aux gestionnaires de retracer les données pour savoir qui a été formé, ainsi que quand, où et par qui. Au cours de la phase de planification, un format peut être élaboré et envoyé avec le matériel de formation aux sites de formation, avec des instructions indiquant comment remplir et soumettre cette information.

Dispenser les formations après avoir terminé avec succès toutes les activités de planification. La vérification que toutes les dispositions sont confirmées et que tous les matériels sont prêts multiplie les chances que l'expérience de formation soit une réussite et renforce la confiance des ASC et de leurs communautés. Avant de démarrer la formation,

- expliquez toutes les questions administratives, telles que le per diem, les repas, etc. ;
- animez un exercice brise-glace ou d'échauffement qui donne le ton et aide les stagiaires à mieux se connaître ;
- demandez aux stagiaires de définir leurs propres « règles de base » pour leur permettre de s'approprier des conditions de formation et de maximiser leur capacité d'apprendre (parmi les règles communes de base : commencer et terminer à l'heure, prévoir une sanction pour ceux qui arrivent en retard, attendre son tour pour prendre la parole et autoriser seulement les mères qui allaitent à amener leurs enfants dans la salle de classe) ; et
- assurez-vous que tous les participants ont des étiquettes avec leur nom (si les formateurs peuvent identifier les ASC, ces derniers se sentiront importants et reconnus).

Suivre la qualité de la formation et établir des liens avec des organisations apparentées. Pour assurer une qualité constante de formation sur tous les sites, les maîtres formateurs ou le personnel du programme devraient rendre visite sur tous les sites de formation, suivre la qualité et fournir du feedback sur place, en fonction des besoins. Le fait de partager le calendrier de formation avec le personnel des organisations et avec les particuliers, en les invitant et encourageant à observer et à soutenir les formations, aide les formateurs et les participants à se sentir valorisés.

Assurer le suivi après la formation. Les formateurs font souvent la première visite de supervision avec le superviseur (s'il s'agit de personnes différentes). Idéalement, cette visite a lieu dans les premières semaines après la formation, permettant ainsi aux ASC de mettre en pratique leurs nouvelles compétences sous la supervision de leur formateur.

Planifier la formation pour les ASC transférés ou remplacés, et pour d'autres agents de santé. Au fur et à mesure que le programme se développe, certains ASC peuvent partir, être transférés ou devenir incapables d'exercer leurs

fonctions. De même, il peut y avoir une rotation du personnel au sein des formations sanitaires et parmi les superviseurs. La formation et l'orientation seront nécessaires pour tous les travailleurs qui sont nouveaux au programme.

Planifier les formations régulières de mise à niveau. Les ASC ont besoin de formations de mise à niveau pour revoir et actualiser leurs connaissances et pour renouveler leurs compétences. Ces formations peuvent être organisées à l'occasion de réunions avec les superviseurs ou d'une formation qui introduit de nouvelles compétences, telles que l'utilisation d'un médicament différent pour le traitement du paludisme ou d'une nouvelle intervention à base communautaire comme les ATPE.

Associer la communauté à l'amélioration de la qualité des programmes de PEC-C

Comme nous l'avons vu dans la Section III, « Création d'un environnement social et politique favorable », les structures de prise en charge communautaire en collaboration avec les ASC peuvent jouer un rôle important dans le suivi et l'amélioration de la qualité de la PEC-C. Les aspects liés à la qualité qui peuvent être traités par ce mécanisme sont les suivants :

- les perceptions communautaires de la qualité des soins offerts par les ASC et les formations sanitaires : points forts et points faibles (la disponibilité des médicaments, l'accès aux soins offerts par l'ASC ou par la formation sanitaire, les relations interpersonnelles, etc.) ;
- la résolution de problèmes (par exemple, à travers le plaidoyer pour un approvisionnement adéquat ou pour plus de supervision, la mise en place de mécanismes de retour d'information entre la formation sanitaire et la communauté) ;
- la mobilisation communautaire pour la reconnaissance rapide des signes de danger et pour un recours rapide aux soins ; et
- l'hommage aux ASC et la reconnaissance de leur travail : l'éloge public du travail bien fait contribue à maintenir la bonne qualité.

Les méthodes participatives, telles que la qualité définie par le partenariat¹³⁷, peuvent s'adapter à la PEC-C, reliant l'évaluation et l'amélioration de la qualité à la mobilisation communautaire (voir la boîte à outils).

Suivre la qualité et utiliser l'information pour améliorer le programme

Les fiches de contrôle sont la principale source de données sur la qualité de la PEC-C. Les conclusions tirées des fiches de contrôle pour les ASC individuels permettent aux superviseurs d'identifier les problèmes persistants et de suivre l'évolution des améliorations. La compilation des données provenant des fiches de contrôle permet aux gestionnaires d'identifier les progrès et les problèmes du programme. La Figure 25 offre un exemple de comment les superviseurs compilent

des données mensuelles relatives à la qualité de la prise en charge des cas assurée par les ASC. (Il s'agit d'un formulaire de compilation partielle. Un formulaire complet contient tous les éléments de la fiche de contrôle du superviseur.)

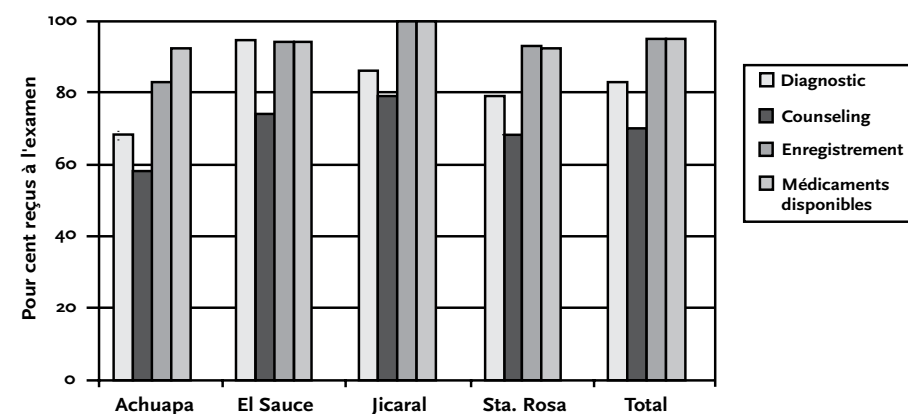
FIGURE 25 : EXEMPLE DE COMPILATION FAITE PAR LE SUPERVISEUR DES DONNÉES DE LA QUALITÉ DE LA PEC-C⁸⁰

Compilation mensuelle faite par superviseur				
Nom du superviseur :				
ASC supervisés :				
ASC 1 :				
ASC 2 :				
ASC 3 :				
Etc.				
Mois				
Fiche de contrôle Numéro d'article	Compétences en prise en charge des cas	Nombre Oui	Nombre Non	Commentaires
	Demander l'identité du patient			
	Évaluer les signes généraux de danger (tous)			
	Évaluer (consécutivement ET complètement)			
	Mesurer la fréquence respiratoire			
	Classer (correct)			
	Traiter (médicament correct ET dose correcte ET durée correcte)			
	Conseiller (carte correcte ET tous les messages corrects)			
	Conseiller (demander s'il y a des questions ET la mère répète les instructions)			
	Conseiller (prendre des dispositions pour une visite de suivi)			

	Exercer la référence (indication correcte)			
	Exercer la référence (faciliter, si nécessaire : argent liquide, soins, transport)			
	Remplir le registre (toutes les cases correspondantes dans la ligne)			
	L'ENSEMBLE DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS CORRECT ?			

Les données compilées de chaque superviseur sont également compilées dans une description complète de la qualité de la PEC-C au sein du programme, comme le montre la Figure 26.

FIGURE 26 : QUALITÉ DE LA PEC-C PAR DISTRICT (OCTOBRE À DÉCEMBRE 2007)⁸⁰



*N = 64 à 280 observations totales ; 12 à 107 observations dans une municipalité

Les données indiquent que le counseling est la compétence la plus faible parmi tous les ASC, suivie par le diagnostic (évaluation correcte et classification). Les efforts de formation et de supervision doivent être centrés sur le renforcement de ces deux compétences, en particulier à Achuapa.

ENCADRÉ 49 : SUIVI DES STOCKS APRÈS LES PLUIES⁸⁹

« En janvier, je me suis rendu à Pachak (**Sud-Soudan**), qui a été coupé par les pluies les 6 derniers mois. Après les pluies, il est maintenant accessible. Le superviseur en chef et le superviseur de Pachak m'ont rejoint au cours de cette visite.

« C'était ma première visite depuis le mois de mai, lorsque la saison des pluies a commencé, et je voulais en savoir plus sur le registre des médicaments et les ASC. Je voulais aussi assurer la bonne qualité des soins dans notre programme de PEC-C. Nous avons également prévu de visiter l'un de nos ASC.

« Les quatre principaux médicaments que les ASC utilisent sont les SRO et le zinc contre la diarrhée, les CTA contre le paludisme et l'amoxicilline contre la pneumonie.

« En vérifiant le stock, j'ai trouvé que le superviseur, qui reçoit et délivre les médicaments pour les ASC, avait une fiche de stock bien tenue avec l'enregistrement des données. Il avait assez de stock de ces quatre médicaments pour durer deux mois, au taux actuel d'utilisation. »

Suivre la supervision. Les gestionnaires ont besoin de suivre à la fois le nombre et les résultats des visites de supervision. Sans un système de suivi de la supervision, détecter les problèmes devient impossible ; de plus, l'intensité et la qualité de supervision peuvent baisser rapidement. Souvent, le simple calcul du nombre de visites de supervision est suffisant pour s'assurer qu'elles sont faites.

D'autres sources de données sur la qualité. D'autres sources d'information, telles que les réunions du personnel médical ou des lettres envoyées par les communautés, peuvent fournir des informations sur la qualité de la PEC-C. Par exemple, certaines communautés choisissent de créer des associations d'ASC. Ces associations ont un double rôle : soutenir et servir de moyen de retour d'information. La documentation et l'observation des réunions communautaires fournissent également des données relatives à la qualité perçue des services.

Intégrer des indicateurs de qualité dans toutes les enquêtes de ménages prévues. De nombreux programmes effectuent des enquêtes de ménages pour mesurer les résultats. Bien que les données les plus pertinentes en matière de qualité de la PEC-C puissent être obtenues à partir des dossiers de supervision et d'autres sources de données, les enquêtes de ménages devraient également porter sur la qualité, y compris les enquêtes de satisfaction pour évaluer les ASC et les services du centre de référence. Les indicateurs de la demande, tels que le pourcentage de ménages qui adoptent des comportements (par exemple, le recours rapide aux soins), sont des indicateurs indirects de la qualité des services offerts par les ASC.

Utiliser les données sur la qualité pour influencer sur les investissements dans l'expansion de la PEC-C. Les gestionnaires doivent partager les données sur la qualité avec les décideurs de façon continue. Cela contribue non seulement à diminuer les préoccupations que ces derniers peuvent avoir quant à la capacité des ASC à évaluer et à soigner les enfants malades, mais cela jette également les bases pour l'expansion de la PEC-C.

Boîte à outils : Ressources pour améliorer la qualité de la PEC-C

Exemples de descriptions de poste

Assess, classify and identify treatment of a child with cough or difficult breathing, diarrhoea or undernutrition. OMS, UNICEF, CARE, s.d.

Case management checklist. CARE Kenya, Siaya Child Survival Project (1997–2001).

Edward-Raj A, Phiri RK. *Assessing the functionality of job aids in supporting the performance of IMCI providers in Zambia.* Operations Research Results 2(8). Publié par le Quality Assurance Project (QAP) pour USAID, 2002.

(Facility) IMCI chart and sick child recording forms. OMS et UNICEF, s.d.

Exemples de programmes de formation

Caring for the sick child in the community. Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent à l'OMS, CAH@who.int, attention B Daelmans, C Wolfheim, ou la Division du programme de la santé de l'UNICEF, attention A George, ageorge@unicef.org.

Community case management training guide. MSP du Nicaragua, Bureau des services de la santé, Programme pour la santé et la nutrition communautaires. 3e éd. Save the Children, BASICS et USAID en collaboration avec le Ministère de la Santé, Nicaragua, 2008.

Ce guide comprend deux sections : l'une sur la formation des ASC et l'autre sur la formation du personnel médical qui mettra en place et gèrera la PEC-C, et supervisera les ASC.

Kit de formation de Catholic Relief Services

La prise en charge intégrée des maladies infantiles : Matériel de formation pour les ASC en Inde, y compris la fourniture des SRO contre la diarrhée et des antibiotiques contre la pneumonie. OMS, UNICEF et CARE.

- Guide du directeur de cours
- Guide du formateur
- Guide de l'apprenant
- Livret de photos

Nepal ARI trainers guide. JSI et MSP Népal, s.d.

Matériel de formation

Matériel audio-visuel de formation en PEC-C de l'OMS et de l'UNICEF

L'OMS et l'UNICEF ont préparé des vidéos sur les signes de danger pour de nombreuses maladies infantiles. L'UNICEF a également des vidéos sur la santé néonatale qui montrent de très bons modèles de counseling aux pourvoyeurs de soins, pertinents pour toutes les maladies. Les formateurs doivent visionner les vidéos plusieurs fois au préalable pour envisager

comment les utiliser de façon appropriée. Il peut être possible de doubler la vidéo dans la langue locale, ou le formateur peut faire la narration. Des exemplaires peuvent être obtenus auprès des bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF.

Méthodes de formation participative pour les ASC

Les jeux de rôle : Les formateurs font la démonstration des techniques d'évaluation, de distribution, de conseil et d'autres compétences. Ensuite, les participants s'entraînent avec les formateurs et d'autres stagiaires jusqu'à ce qu'ils acquièrent la confiance en soi et les compétences. Superviser les jeux de rôle permet de corriger directement les erreurs et de renforcer les techniques appropriées.

Chants et danses : Les chansons populaires locales avec les paroles modifiées pour correspondre au thème de la formation peuvent enseigner des messages spécifiques ou servir d'aide-mémoire.

Répétition : La répétition de faits importants, de différentes manières et sous forme créative—par exemple en utilisant les rimes ou les chansons—aide les ASC à retenir l'information. Des modèles uniformes pour évaluer les signes de danger, renforcés avec des aide-mémoires illustrées, aident les ASC à mémoriser et à retenir les informations les plus importantes.

Diagrammes muraux / outils de formation agrandis : Des répliques agrandies de formulaires d'enregistrement et de documentation des données (de préférence sur des supports plastifiés) permettent aux participants de s'exercer à remplir des formulaires pour des cas fictifs avec l'ensemble du groupe. Quand un participant présente son travail devant la classe, chacun peut voir ce qui a été fait et donner son avis. De même, l'agrandissement d'autres outils, tels que les cartes de classement, permet de focaliser l'attention de toute la classe et de réviser ensemble.

Jeux : Pour animer des activités pratiques sur la classification des maladies infantiles, distribuer aux participants des photos ou des images représentant des signes de danger et leur demander de les placer sur le fond de couleur correct. Les signes de danger pour les enfants nécessitant un transfert immédiat sont placés sur un fond rouge. Les photos / images qui illustrent les signes d'un enfant malade qui peut être traité par l'ASC sont placés sur un fond jaune. Les signes qui indiquent « aucun problème détecté » sont placés sur un fond vert.

SECTION VI :

AUGMENTATION DE LA DEMANDE
DES SERVICES DE PEC-C ET DES
COMPORTEMENTS LIÉS

Aperçu et définitions

Une forte demande pour les services de PEC-C et les comportements de ménages connexes peuvent avoir une influence directe sur l'impact et le soutien communautaire pour la PEC-C et donc la volonté de poursuivre les activités.

Les pratiques des ménages et la bonne qualité de la PEC-C génèrent la demande appropriée. Généralement, les membres de la communauté apprécient beaucoup les services curatifs. Quand la communauté devient consciente de la disponibilité d'une nouvelle source de traitement des maladies infantiles (l'ASC), la demande pour la PEC-C augmente. Cependant, informer les pourvoyeurs de soins sur le rôle des ASC dans la PEC-C n'est pas suffisant pour assurer que la demande et l'utilisation ultérieure contribuent à la réalisation de l'objectif ultime : l'amélioration de la santé des enfants. Les pratiques clés au sein de la famille—le recours rapide aux soins et la prise en charge efficace des enfants malades à domicile—sont également primordiales. Bien que la PCIME-C favorise généralement ces deux pratiques, la PEC-C englobe les conseils donnés aux pourvoyeurs de soins par les ASC en ce qui concerne l'observance du régime de traitement, la bonne nutrition, les soins palliatifs et, parfois, la référence. Ensemble, ces mesures aident les pourvoyeurs de soins à recourir aux services de PEC-C de façon plus rationnelle et à éviter de surcharger les ASC¹⁴³. Elles favorisent une utilisation efficace des traitements de PEC-C.

Exemples d'indicateurs de la demande des services et comportements de PEC-C. Le Tableau 19 présente des exemples d'indicateurs de la demande utilisés par des programmes de PEC-C. D'autres indicateurs de la demande possibles sont également des indicateurs de la qualité et de l'utilisation de la PEC-C. Par exemple, le taux d'observance du traitement (le nombre de pourvoyeurs de soins ayant achevé leur traitement selon les instructions de l'ASC / le nombre de traitements par l'ASC, exprimé en pourcentage par ASC, par unité de supervision ou par

programme) indique la qualité du soutien et des instructions fournis par l'ASC et représente également une utilisation correcte des services de PEC-C.

TABLEAU 19 : EXEMPLES D'INDICATEURS DE LA DEMANDE DES SERVICES DE PEC-C ET DES COMPORTEMENTS LIÉS⁸³

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPONSABLE	COMMENTAIRES
Connaissances des ménages ou des pourvoyeurs de soins sur les signes de danger	% de pourvoyeurs de soins connaissant deux ou plusieurs signes de maladie (selon la définition locale)	Enquête de ménages	Initiale et finale ou annuelle	Gestionnaire	
Connaissances des ménages ou des pourvoyeurs de soins sur la source de services de PEC-C	% des pourvoyeurs de soins connaissant le nom de l'ASC qui assure la PEC-C	Enquête de ménages	Initiale et finale ou annuelle	Gestionnaire	
Satisfaction des ménages ou des pourvoyeurs de soins avec l'établissement de référence	% des pourvoyeurs de soins qualifiant l'établissement de référence comme bon ou excellent	Enquête de ménages	Initiale et finale ou annuelle	Gestionnaire	Aussi indicateur de la qualité

Stratégies, interventions et activités visant à augmenter la demande

Examiner les conclusions de l'analyse de situation. L'analyse de situation ou toute autre recherche formative révèle les facteurs susceptibles d'avoir le plus grand effet sur la demande de PEC-C, surtout ceux relatifs à la reconnaissance de la maladie et à la décision sur le recours aux soins. Les facteurs qui empêchent les pourvoyeurs de soins de se rendre à la formation sanitaire suite à la référence en cas de maladie grave ont également un impact sur la demande.

Adapter les efforts actuels de PCIME-C. Idéalement, la PEC-C s'appuie sur une stratégie de promotion de santé communautaire existante qui encourage les 16 pratiques familiales pour la croissance et le développement, la prévention des maladies, le traitement des maladies à domicile et le recours aux soins pour les signes de danger (voir l'astuce vers la fin de cette section). Les activités de PCIME-C existantes nécessitent des ajustements ou des ajouts, pour que les membres de la communauté sachent quand et comment se faire soigner par les ASC. Par exemple, le matériel de PCIME-C existant peut encourager les pourvoyeurs de soins à aller directement à une formation de santé quand un enfant est malade. De nouveaux messages et matériel de propagande incitant les pourvoyeurs de soins à consulter un ASC sont indispensables pour remplacer ceux qui sont dépassés (voir aussi la Section I, « Introduction », sur la PEC-C en tant que bras de traitement de la PCIME-C).

Accroître la connaissance et l'acceptation des services de PEC-C. Les membres de la communauté et les pourvoyeurs de soins doivent être informés sur l'existence d'une nouvelle ressource de santé dans la communauté (un ASC formé pour dispenser des soins) et sur la bonne qualité des services offerts. Pour que le travail des ASC au sein de la PEC-C réussisse, la communauté doit savoir quelles maladies sont soignées par la PEC-C, et elle doit avoir des attentes réalistes quant aux services dispensés²⁰. Les ASC doivent continuer à l'informer sur la reconnaissance des maladies et des signes de danger ainsi que l'importance du recours rapide aux soins.

Stimuler les comportements des pourvoyeurs de soins par des conseils.

Les conseils que les ASC fournissent aux pourvoyeurs de soins au cours des consultations initiales et de suivi permettent de s'assurer que les membres de la famille des enfants malades sont capables de mettre en œuvre de leur mieux des schémas thérapeutiques et d'utiliser les comportements des ménages clés. Les comportements des pourvoyeurs de soins qui peuvent influencer sur la demande sont les suivants².

- la reconnaissance des maladies,
- le traitement à domicile,
- l'utilisation de sources de soins concurrentes,
- le recours aux soins à l'extérieur du domicile et
- une bonne administration des traitements et / ou l'observance de la référence.

Créer un niveau élevé de sensibilisation en matière de la PEC-C et des ASC

Travailler avec la structure de gestion communautaire pour présenter l'ASC et ses nouvelles capacités à la communauté. Même dans les communautés où l'ASC encourage depuis un certain temps les pratiques clés au sein des ménages à travers la PCIME-C, les membres de la communauté et les pourvoyeurs de soins ont besoin d'être informés qu'« un des leurs » peut soigner certaines maladies.

Les structures de gestion communautaires et les ASC jouent un rôle important dans la création de connaissances en matière de PEC-C. Les ASC qui bénéficient de l'appui des structures de gestion communautaires ont en général des relations plus solides avec la communauté, c'est-à-dire, plus de crédibilité dans un contexte où la communauté se sent partie prenante. D'autres canaux de communication (par exemple, la radio) peuvent être utilisés pour la sensibilisation, mais le contact de personne à personne à travers les interactions des membres de la communauté avec les ASC, les dirigeants communautaires et le personnel en établissement sont souvent plus durables. Pour maintenir le niveau de sensibilisation en ce qui concerne le programme, il faudra fournir un effort supplémentaire une fois qu'il a été mis en place. Les « clients » satisfaits peuvent devenir de puissants alliés pour attirer l'attention des voisins.

ENCADRÉ 50 : LES AUTORITÉS PRÉSENTENT LES DISTRIBUTEURS À LEUR COMMUNAUTÉ

Les membres de la communauté ont sélectionné les ASC pour la PEC-C au **Rwanda**. Une fois que les ASC étaient formés, les autorités publiques ont organisé des réunions et expliqué les responsabilités des distributeurs à la communauté. Dans certaines régions, des visites de porte à porte ont été menées également pour annoncer les nouveaux services.

Utiliser la communication pour le changement de comportement (CCC) pour développer et / ou adapter les activités qui encouragent des pratiques domestiques et familiales. Idéalement, la PEC-C s'appuie sur une plate-forme de PCIME-C existante qui comprend la promotion et la mobilisation de comportements préventifs. Parfois, la PEC-C sera présentée en même temps que l'ensemble de la stratégie de PCIME-C. Qu'il s'agisse de travailler pour une initiative en cours ou de lancer un nouvel effort, les normes fondamentales de la CCC doivent être appliquées dans la conception ou l'adaptation des activités de CCC^{144, 145, 146}. Il s'agit notamment de

- la réalisation d'une recherche formative pour mieux connaître les perceptions des pourvoyeurs de soins en matière de maladies ainsi que pour connaître les pratiques existantes de recours aux soins et de soins à domicile ;
- analyser les facteurs favorables à l'adoption des pratiques promues et les obstacles à l'application de celles-ci ;
- choisir et concevoir des interventions qui aideront à surmonter les obstacles à l'adoption des pratiques promues ou qui permettront de renforcer leur adoption ;
- bien orienter les interventions afin de cibler les « bons » groupes de participants (cible), y compris les personnes qui peuvent influencer les comportements ainsi que ceux qui sont susceptibles de les réaliser ;
- s'assurer que les messages et les interventions sont spécifiques au contexte et aborder les questions de qui, comment, quand, à quelle fréquence et où ;
- travailler en étroite collaboration avec les groupes de parties prenantes tout au long du programme ; et
- concevoir et mettre en œuvre les systèmes de suivi de CCC.

ENCADRÉ 51 : GROUPES DE SOINS : UNE STRATÉGIE COMMUNAUTAIRE QUI AMÉLIORE LE RECOURS AUX SOINS ET RÉDUIT LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ^{147, 148}

Les groupes de soins constituent une stratégie à base communautaire qui utilise un réseau de bénévoles pour relier dans une structure de soutien des groupes de 10 à 15 ménages avec des femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans (voir la Figure 27). Initiée au **Mozambique** par l'ONG World Relief, la stratégie est aujourd'hui présente dans plusieurs pays pour soutenir la PEC-C. « Les mères expérimentées » rendent visite aux ménages faisant partie de leur groupe de soins ; elles convoquent, par ailleurs, des réunions pendant lesquelles la dirigeante encourage les comportements de prévention, la détection précoce de la maladie, et le recours rapide aux soins. Les chefs de groupe ont des connexions étroites avec les ASC, qui dispensent des traitements à des enfants malades et qui assurent aussi la formation, le soutien et la supervision auprès des dirigeants et de leurs groupes. Une forte baisse des taux de morbidité et de mortalité a été constatée dans les zones où la stratégie axée sur la création des groupes de soins est employée. Au Mozambique, la mortalité infantile a diminué de 62,2 %, et la mortalité chez l'enfant de bas âge a diminué de 65,8 %, dans les trois premières années du programme. La proportion des enfants de 6 à 23 mois qui avaient un retard de croissance modéré à sévère a diminué de 40 %, et le recours au traitement pour une pneumonie suspectée dans les 24 heures est passé de 2 % au départ (de l'enquête de référence) à 60 % à la fin de l'étude.

Les techniques de conseil efficaces encouragent et renforcent les comportements des pourvoyeurs de soins

Les ASC sont une source d'informations personnelles, de soutien et de communication individualisée au niveau des ménages lorsqu'ils assurent les consultations et le suivi auprès des familles.

FIGURE 27 : UN GROUPE DE SOINS AU MOZAMBIQUE¹⁴⁹



Un bon mécanisme de conseils est interactif et adapté aux besoins des pourvoyeurs de soins.

Le counseling efficace ne consiste pas en instructions didactiques mais plutôt en une discussion dynamique qui aide les pourvoyeurs de soins à comprendre et mener à bien les régimes de traitement et la gestion du foyer, à poser des questions et à demander de l'aide. Contrairement à une discussion de groupe, le counseling implique très peu de gens : l'ASC, le pourvoyeur de soins, et, peut-être, quelques membres de la famille. Le counseling a les caractéristiques suivantes.

- L'ASC établit un rapport positif avec le pourvoyeur de soins. L'ASC est ouvert, patient et abordable.
- L'ASC et le pourvoyeur de soins échangent des idées, discutent des défis potentiels, proposent des solutions et collaborent ensemble.
- Les pourvoyeurs de soins se sentent à l'aise en posant des questions et en demandant conseil aux ASC.
- Les pourvoyeurs de soins se sentent soutenus et confiants quant à leur capacité à bien gérer et à soigner leurs enfants malades à la maison.
- L'ASC passe moins de temps à parler et beaucoup plus de temps à poser des questions, à évaluer, à écouter, à encourager et à clarifier.
- L'ASC offre du feedback positif, encourage et félicite.
- L'ASC évite de réagir de façon négative ou désapprobatrice aux préoccupations des pourvoyeurs de soins.

Élaborer le matériel de rappel à domicile¹⁴⁰ et former les ASC à l'utiliser pour renforcer le counseling. Le matériel, tel que les outils de travail, les formes de diagnostic, les images et les cartes-conseils, aide les ASC à se souvenir de toutes les informations à donner aux pourvoyeurs de soins lors d'une consultation et les incite à poser des questions sur les pratiques clés. Les médicaments préemballés avec des instructions graphiques tels que ceux utilisés au Rwanda (Section IV, « Augmentation de l'accès ») font également partie du matériel de conseil. Le matériel de conseil rend l'information plus intéressante, compréhensible et facile à mémoriser pour les pourvoyeurs de soins.

Les résultats de l'analyse de situation ou d'autres résultats de recherche formative sont utilisés pour adapter des informations techniques génériques et élaborer des messages et du matériel nouveaux qui sont spécifiques au contexte culturel, pertinents et appropriés pour les pourvoyeurs de soins et les ASC. Les deux méthodes de recherche, la qualitative et la quantitative, peuvent fournir des informations utiles à l'élaboration des messages et du matériel, et peuvent être utilisés ensemble. Les entretiens avec les informateurs clés et les entretiens approfondis, les études de cas, les discussions de groupe avec la participation des membres de la communauté, les tests des pratiques améliorées et les enquêtes de ménages font partie des méthodes fréquemment employées. Souvent, les pays ont effectué des recherches formatives pertinentes, en particulier lorsque la PCIME-C (sans PEC-C) est déjà en place.

Les messages peuvent incorporer des exemples ou des proverbes locaux pour les rendre encore plus significatifs. Les brouillons des messages et du matériel sont pré-testés dans la communauté pour assurer leur pertinence locale et la clarté avant qu'ils ne soient édités. Des exemples de dessins utiles comprennent un soleil pour symboliser le jour et une lune pour symboliser la nuit (pour montrer à quel moment il faut donner des médicaments) ; un chiffre est utilisé pour montrer le nombre de prises par jour, et un plat de nourriture lorsque le médicament doit être pris avec un repas. Le pré-test consiste à présenter le matériel aux membres de la communauté, dont le feedback indique leur compréhension et leur réponse aux messages, afin de vérifier que les messages sont bien compris, acceptés et appréciés, ou s'ils doivent être modifiés.

Les *Guidelines for developing home-based reminder materials : helping families save sick children*¹⁴⁰, décrivent les étapes pour préparer le matériel de conseil.




ENCADRÉ 52 : ÉLABORATION DES MESSAGES DE CONSEIL POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ L'ENFANT AVEC LE ZINC

Au **Mali**, dans les zones rurales, la recherche formative sur les perceptions et les pratiques concernant la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant a constaté une faible utilisation des SRO et une mauvaise compréhension de la déshydratation. Les pourvoyeurs de soins avaient très peu de confiance en la capacité des SRO de soulager la diarrhée et pensaient qu'un autre médicament, comme par exemple un antibiotique, était nécessaire pour traiter la maladie. Ces résultats ont permis de comprendre que lors de l'élaboration des messages de conseils et du matériel pour les ASC, il est important d'encourager l'utilisation des SRO et du zinc pour le traitement de la diarrhée. Les messages de conseil ont mis l'accent sur la capacité du zinc à « compléter » l'utilisation des SRO pour le traitement de la diarrhée et ont souligné les raisons pour lesquelles il faut administrer le zinc pendant le cycle complet de 12 jours. Les cartes-conseils ont illustré le concept de la déshydratation en présentant un enfant déshydraté comme un arbre qui avait perdu toutes ses feuilles. En revanche, un enfant nourri avec des SRO et du zinc a été comparé à un arbre sain et épanoui pendant la saison des pluies. Le personnel du programme a testé les messages et le matériel auprès des ASC et des membres de la communauté par le biais de groupes de discussion et des tests de pratiques améliorées. Le pré-test a suggéré plusieurs modifications au texte et aux images afin d'améliorer leur intelligibilité. Par exemple, les images de différents aliments à donner aux enfants ont été modifiées pour représenter des aliments plus communs et accessibles. L'amélioration de la précision des cartes a également aidé les ASC à mieux expliquer la bonne administration du zinc et à encourager l'amélioration des comportements alimentaires.

Former les ASC à utiliser le matériel de conseil. Mis à part la bonne compréhension et l'acceptation du matériel, les ASC doivent avoir une idée très claire de comment il faut l'utiliser avec les familles. La formation des ASC doit inclure l'introduction du matériel et un grand nombre d'exercices pratiques ou de jeux de rôle pour l'utiliser. Un guide d'une à trois pages avec des illustrations peut aider les ASC à utiliser le matériel de façon appropriée¹⁴⁹.

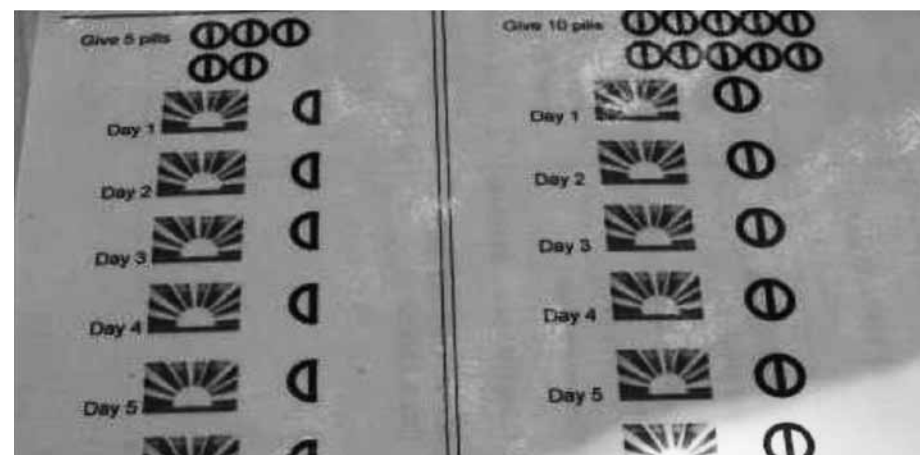
La Figure 28 montre une carte-conseil provenant du Nicaragua que les ASC utilisent pour rappeler aux pourvoyeurs de soins la forme, le dosage et la fréquence de l'acétaminophène en cas de fièvre.

FIGURE 28 : EXEMPLE DE CARTE-CONSEIL : LA POSOLOGIE ET LA FRÉQUENCE D'ACÉTAMINOPHÈNE⁸⁰

¿Cómo le va a dar el Acetaminofén al niño con fiebre?		
EDAD	CUATRO VECES AL DIA POR TRES DIAS	
	Gotero 100 mg/cc	Tabletas 500 mg
2 a 5 meses	 15 gotas	—
6 meses a 2 años	—	
3 a 4 años	—	

La Figure 29 montre deux versions de cartes de rappel provenant du Sierra Leone pour la supplémentation en zinc. La carte de gauche montre la posologie et la fréquence pour les nourrissons (de moins de 6 mois) : la moitié d'un comprimé tous les jours. La carte de droite est pour les enfants plus âgés : un comprimé par jour pendant 10 jours. L'ASC explique aux mères qu'il faut marquer un « X » avec un crayon ou percer un trou dans chaque dose pour indiquer le cours du traitement. Cela permet également aux ASC d'évaluer l'observance du traitement au cours des visites de suivi. Malgré leurs avantages, il n'est pas toujours possible d'utiliser les cartes de rappel à grande échelle, en raison de leur coût.

FIGURE 29 : EXEMPLES DU MATÉRIEL DE RAPPEL GRAPHIQUE POUR LA POSOLOGIE ET LA FRÉQUENCE



ENCADRÉ 53 : LES VISITES DE SUIVI ET L'ÉTIQUETAGE DE MÉDICAMENTS AIDENT LES ASC À S'ASSURER QUE LES POURVOYEURS DE SOINS COMPRENNENT LES CONSIGNES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS⁸⁹

Comme le programme de PEC-C au **Sud-Soudan** travaille souvent avec des pourvoyeurs de soins et des ASC analphabètes, il n'est pas toujours facile de vérifier que les pourvoyeurs de soins respectent les consignes d'utilisation des médicaments. Si l'ASC a l'impression que le pourvoyeur de soins ne comprend pas ou ne sera pas en mesure de suivre les instructions verbales de dosage, l'ASC assure le suivi avec le pourvoyeur de soins pour chaque dose ou traitement requis pendant un ou deux jours. L'ASC peut aussi donner des médicaments pour le pourvoyeur de soins dans une enveloppe avec des dessins du lever du soleil, du soleil de midi, du coucher de soleil, ou de la lune pour indiquer le moment de la journée et combien de doses doivent être administrées.

Conseils pendant la consultation initiale des enfants malades. Lors de l'évaluation, du classement, du traitement ou de la référence, l'ASC applique les techniques décrites dans « Les techniques de conseil efficaces », ci-dessus. Il s'agit de

- parler avec le soignant de la maladie de l'enfant ;
- fournir une explication claire et soignée pour le traitement (Encadré 53) ;
- montrer comment administrer les traitements ou préparer les SRO ou les ATPE ;
- demander au pourvoyeur de soins d'exécuter l'action (par exemple, administrer la première dose du médicament) ;
- voir si les pourvoyeurs de soins ont des questions ou des préoccupations au sujet de la maladie, du régime de traitement ou de la référence ;
- discuter des options et s'entendre sur des solutions ;

- s'assurer que les pourvoyeurs de soins connaissent les signes de danger et comment et quand faire venir à nouveau l'ASC ou recourir aux soins spécialisés suite à la référence, selon le protocole ;
- fixer la date et l'heure pour une visite de suivi ;
- utiliser le matériel de conseil ou de rappel de façon appropriée ; et
- exécuter des composantes d'une référence facilitée, lorsque la référence a lieu (voir la Section IV, « Augmentation de l'accès »).

Les techniques de conseil supplémentaires comprennent

- féliciter les pourvoyeurs de soins qui recourent à l'ASC rapidement et rappeler à ceux qui ne l'ont pas fait des signes de maladie et de l'importance du recours rapide aux soins ;
- se renseigner sur les comportements alimentaires des enfants avant et pendant la maladie ;
- expliquer méticuleusement les principes d'une bonne alimentation et d'autres comportements de soutien ;
- demander si les pourvoyeurs de soins prévoient des difficultés à administrer le traitement ou à exercer des comportements ;
- discuter comment les pourvoyeurs de soins peuvent adopter de nouveaux comportements ;
- demander aux pourvoyeurs de soins de répéter les informations pour confirmer la compréhension ;
- si possible, discuter les pratiques avec tous les pourvoyeurs de soins associés à la prise en charge de la maladie chez l'enfant, tels que le père, les frères et sœurs, les grands-parents ; et
- décourager le recours inutile à des médicaments disponibles en dehors du système officiel de santé.

ENCADRÉ 54 : UNE EXPLICATION CLAIRE ET RIGOREUSE DES INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS

Les informations de base pour les pourvoyeurs de soins comprennent

- la quantité de médicaments à donner ;
- la fréquence avec laquelle il faut les donner ;
- le nombre de jours pendant lesquels il faut les donner ;
- quand il faut donner les médicaments par rapport aux repas ; s'il faut donner les médicaments avec de l'eau ;
- comment préparer et donner les SRO ou les ATPE (le cas échéant) ; et
- les effets secondaires possibles et mesures à prendre s'ils se produisent.

Les conseils pendant la consultation de suivi pour les enfants malades. Une visite de suivi à domicile après la première visite sert à vérifier l'état de santé de l'enfant et à renforcer et à soutenir les comportements discutés durant la visite initiale. En plus d'évaluer l'enfant conformément aux directives et de déterminer le statut actuel de santé de l'enfant, l'ASC doit effectuer les opérations suivantes.

ASTUCE

Intégrer aux conseils le renforcement des pratiques familiales de prévention

Les conseils pendant la consultation de PEC-C comprennent également le soutien de la croissance et de l'épanouissement des enfants et les pratiques de prévention des maladies, y compris celles ci-dessous.

Nutrition

- L'allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois, avec l'introduction de l'alimentation complémentaire, disponible localement et riche en vitamines, à l'âge de 6 mois et la poursuite de l'allaitement au moins jusqu'à l'âge de 24 mois.
- Parmi les enfants qui sont malades, poursuite de l'allaitement, fréquents petits repas ou fluides et alimentation de rattrapage après la maladie.
- Dans les contextes où le VIH est à craindre, les recommandations pour les conseils en nutrition peuvent varier. (Consulter *HIV and infant feeding : update*¹⁵⁰)



Hygiène

- Les comportements qui réduisent la possibilité de la transmission de maladies, comme par exemple se laver les mains avec du savon avant la préparation et la consommation de nourriture, et après la défécation, couvrir les denrées alimentaires et l'eau pour empêcher la contamination et éliminer de façon prudente des matières fécales provenant de l'extérieur de la maison ou de l'enceinte.



Vaccinations

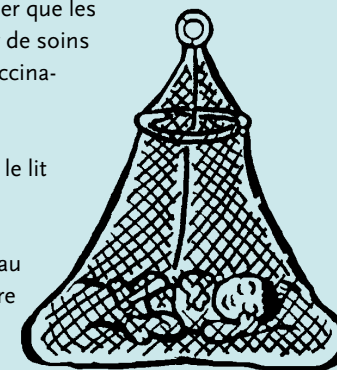
- Examiner le carnet de santé de l'enfant pour vérifier que les vaccins sont faits, ou pour prévenir le pourvoyeur de soins de quand et où il faut amener l'enfant pour les vaccinations, si nécessaire.

Prévention du paludisme

- À titre préventif contre le paludisme, utiliser pour le lit des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Femmes enceintes

- Veiller à la qualité des soins prénatals, y compris au moins quatre visites prénatales chez un prestataire de soins de santé appropriés et la réception des doses recommandées de vaccin antitétanique.



- Saluer poliment les pourvoyeurs de soins en leur rappelant l'objet de la visite.
- Demander aux pourvoyeurs de soins de parler de la santé de l'enfant depuis la visite initiale, sans oublier tout changement dans l'état de l'enfant.
- Demander aux pourvoyeurs de soins de décrire l'administration de médicaments et l'alimentation depuis la dernière visite. Demander de voir l'emballage de tout médicament ou de revoir la carte de rappel, le cas échéant.

- Discuter des problèmes ou des obstacles qui ont pu surgir et, ensemble, trouver des solutions appropriées.
- S'il est décidé que l'enfant a besoin d'une autre visite de suivi, fixer ensemble la date et l'heure de la visite.
- Rappeler aux pourvoyeurs de soins les signes de danger et comment contacter l'ASC en cas de problème ou si la santé de l'enfant s'aggrave.
- Utiliser les cartes-conseils ou le matériel de rappel appropriés.

L'ASC continue des visites de suivi jusqu'à ce que l'état de l'enfant soit suffisamment amélioré.

Ne pas oublier que la bonne qualité des soins en augmente la demande

ASTUCE

Assurer que le coût et la présentation des traitements utilisés dans la PEC-C sont les mêmes que dans les formations sanitaires

Au **Rwanda**, les médicaments fournis par les ASC ont un emballage similaire à ceux dispensés à la formation sanitaire¹²³. Les membres de la communauté avaient confiance que les services de PEC-C étaient de qualité comparable à ceux de la formation sanitaire. Lorsque le Coartem® a été introduit comme traitement de première ligne dans les formations sanitaires, certains pourvoyeurs de soins ont demandé pourquoi un médicament différent (l'amodiaquine / sulfadoxine-pyriméthamine) était encore distribué à l'échelle communautaire.

En **Bolivie**, les médicaments disponibles dans les formations sanitaires étaient subventionnés par le gouvernement et distribués gratuitement¹⁰¹. En outre, ils n'étaient pas les mêmes que les médicaments dans le programme de PEC-C. Les ASC ont signalé une résistance parmi les membres de la communauté de les payer pour des médicaments qui étaient gratuits dans la formation sanitaire. « La communauté me gronde : "Pourquoi vendez-vous les médicaments ? Ils sont gratuits à la formation sanitaire." »

Une perception communautaire largement répandue que les ASC fournissent des services de haute qualité renforce la demande. Lorsque les membres de la communauté apprécient la qualité des services de PEC-C, en particulier par rapport aux autres services offerts (tels que les remèdes traditionnels ou les vendeurs de médicaments privés), ils sont beaucoup plus susceptibles de vouloir utiliser les services de PEC-C. Si les membres de la communauté ont été associés aux choix des prestataires de la PEC-C, leur respect envers eux et la perception de la qualité sont susceptibles d'être élevés. Les activités de mobilisation communautaire et / ou des réunions régulières (au moins une fois par trimestre) ou des « forums sur la santé » devraient fournir des mises à jour du programme et annoncer des progrès et des réussites. Si les membres de la communauté voient le succès du programme, ils seront motivés pour continuer à recourir à la PEC-C et à pratiquer les comportements clés. Ces réunions sont aussi l'occasion pour les membres de la communauté de commenter sur la qualité du programme et sur ce qu'il faut améliorer.

Suivre et évaluer la demande

Le module sur les enfants malades de l'enquête rapide sur les connaissances, les pratiques et la couverture (CPC), dans le cadre du projet Soutien technique à la survie des enfants (STSE+), contient des questions qui peuvent être utilisées pour contrôler les connaissances des pourvoyeurs de soins en matière de signes de danger et le calendrier de recours aux soins enregistrés¹⁵¹. L'enquête devrait également déterminer les connaissances des pourvoyeurs de soins quant aux ASC en tant que sources du traitement des maladies infantiles communes. Les programmes n'ont pas besoin de procéder à une enquête de ménages dans le seul but d'évaluer la demande.

La demande pour la PEC-C peut également être déduite à partir des données sur l'utilisation : l'utilisation croissante, en particulier lorsque les sources concurrentes de soins sont peu nombreuses, indique une demande acceptable. Les observations au cours de visites sur le terrain, les conversations avec les superviseurs, les comptes rendus des réunions communautaires et bien d'autres éléments peuvent aussi fournir la preuve de la demande.

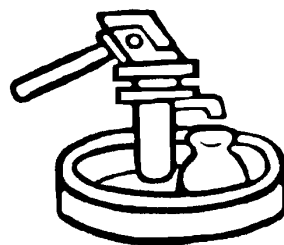
Le suivi des données peut indiquer que les pourvoyeurs de soins n'emploient pas les comportements principaux. Cela pourrait être dû à

- des défaillances dans la mise en œuvre ou l'exécution des activités du programme comme prévu ;
- des ASC qui n'utilisent pas le mécanisme de conseil de façon appropriée (n'arrivent pas à faire passer les messages ou n'expliquent pas clairement les messages) ;
- des pourvoyeurs de soins qui ne comprennent pas bien les messages, même si les ASC les formulent correctement (messages mal conçus) ; et
- des raisons culturelles, économiques ou logistiques qui entravent la pratique de comportements clés.

D'autres recherches peuvent identifier des moyens d'améliorer l'adoption de comportements clés. Faire des recherches qualitatives ou opérationnelles supplémentaires permet une exploration plus approfondie des raisons d'une faible demande de PEC-C et permet de tester des moyens d'améliorer la demande et d'encourager l'adoption des pratiques domestiques clés. Par exemple, si des enquêtes de ménages révèlent que les pourvoyeurs de soins ne connaissent pas les signes de maladies infantiles, et donc ne recourent pas aux ASC pour le traitement, la recherche qualitative peut examiner les raisons sous-jacentes de cette situation grâce à des entretiens avec les pourvoyeurs de soins. Les entretiens peuvent être axés sur le rappel des messages-conseils que les pourvoyeurs



de soins ont reçus lors d'une visite de l'ASC, ainsi que sur d'autres questions qui influent sur la capacité des pourvoyeurs de soins à détecter la maladie. Cette information peut être utilisée ensuite pour élaborer de nouveaux matériels et pour dispenser aux ASC des cours de recyclage pour les aider à préciser et accentuer des messages sur la reconnaissance des maladies et le recours rapide aux soins.



Boîte à outils : Ressources pour augmenter la demande

Favin M et al. *Guidelines for developing home-based reminder materials : helping families save sick children*. Millwood, VA : Project HOPE et Academy for Educational Development, 2004.

HIV and infant feeding : update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and Their Infants. Genève, 25–27 octobre 2006. Genève, WHO / UNICEF / UNAIDS / UNFPA, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595964/en/).

Laughlin M. *The care group difference : a guide to mobilizing community-based volunteer health educators*. Baltimore, MD, World Relief, 2004 (http://www.coregroup.org/index.php?option=com_content&view=article&id=50).

C-IMCI Guidelines on Family Practices

Les outils sur les connaissances, les pratiques et la couverture (CPC) :

Ressources, modules, guide, questionnaires et plans de tabulation sur les connaissances, les pratiques et la couverture (CPC)

Baume C, Kachur SP. *Improving community case management of childhood malaria : how behavioral research can help*. Washington, DC, Academy for Educational Development / Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 1999.

Emphasis behaviors in maternal and child health : focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities. Arlington, VA, BASICS pour USAID, 1997.

SECTION VII :

UTILISATION ACCRUE DES
INTERVENTIONS PEC-C**Les stratégies, interventions et activités pour les quatre résultats intermédiaires ont-elles entraîné une utilisation accrue ?**

Les gestionnaires, les décideurs, et d'autres parties prenantes veulent savoir si les investissements dans les quatre éléments du cadre stratégique ont effectivement conduit à une utilisation accrue des interventions destinées à sauver des vies. Même s'ils aimeraient également savoir si la PEC-C a eu un impact sur la mortalité, mesurer cet impact coûte cher et nécessite des enquêtes menées à intervalles irréguliers auprès de la population ; autres sources de données, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, peuvent fournir des estimations de ces informations. De plus, étant donné qu'il a été prouvé que les interventions utilisées dans le cadre de la PEC-C sauvent des vies, on peut supposer que l'utilisation accrue de celles-ci contribue à améliorer la santé. Les changements dans l'utilisation peuvent être utilisés pour présenter des vies sauvées à l'aide de l'outil de vies sauvées (LiST)¹⁵². Le LiST est un nouvel outil informatique qui permet aux utilisateurs d'estimer l'impact de programmes d'intervention et niveaux de couverture différents pour les pays, états ou districts.

Exemples d'indicateurs d'utilisation des interventions PEC-C. Le Tableau 20 propose des indicateurs d'utilisation. Comme avec la plupart des autres indicateurs recommandés pour la PEC-C, la collecte de données de routine—les rapports faits par les superviseurs (le registre PEC-C)—constitue la source de la plupart des informations.

TABLEAU 20 : EXEMPLES D'INDICATEURS D'UTILISATION DES INTERVENTIONS PEC-C⁸³

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPON-SABLE	COMMENTAIRES
Episodes de toutes les maladies traitées par la PEC-C	# d'épisodes de maladies traitées par la PEC-C / 1 000 enfants de moins de 5 ans, par an	Registre PEC-C (compilation de documents ASC)	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Première visite de l'épisode
Episodes de maladies spécifiques traitées par la PEC-C	Nombre de cas (traités par les ASC à domicile et cas d'urgence référés par les ASC)	Registre PEC-C	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Première visite
Nombre total d'épisodes traités, par maladie	# d'épisodes traités dans des formations sanitaires et par la PEC-C, par maladie	Registre PEC-C et registre de la formation sanitaire (ajusté pour la zone d'impact)	Une fois par mois / tous les trois mois	Gestionnaire	Première visite ; influence surtout le taux de traitement (ci-dessous) ; en additionnant les chiffres provenant de la PEC-C et des formations sanitaires, limiter les chiffres des formations sanitaires à des épisodes de communautés avec la PEC-C

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPON-SABLE	COMMENTAIRES
Taux de traitement	# d'épisodes traités / # d'épisodes prévus, par maladie, en % (en particulier les taux de traitement de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme, si possible)	Registre PEC-C et registre de la formation sanitaire (ajusté pour la zone d'impact)	Une fois par an	Gestionnaire	
Visites de suivi prévues qui sont effectivement assurées par les ASC	# de visites de suivi prévues qui ont eu lieu / # d'épisodes traités	Registre PEC-C	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	Le suivi peut être assuré par les ASC qui se déplacent chez le patient ou bien par les pourvoyeurs de soins qui se déplacent chez l'ASC, selon le programme ; un aspect important de la qualité ; certains programmes n'exigent pas le suivi

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	FRÉQUENCE DE LA COLLECTE	RESPON-SABLE	COMMENTAIRES
Taux d'observance du traitement	# de pourvoyeurs de soins qui ont terminé leur traitement / # de traitements par agent PEC-C, en %, par agent, par unité de supervision, par projet	Registre PEC-C	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	C'est aussi un élément de la qualité et de la demande (les statistiques des services auront un meilleur rappel)
Taux de réussite des références	# de références réalisées / # de références recommandées, en %, par agent, par unité de supervision, par projet, par syndrome	Registre PEC-C	Une fois par mois / tous les trois mois	Superviseur	C'est aussi un élément de la qualité et de la demande (les statistiques des services auront un meilleur rappel)
Recours aux soins	Niveaux et tendances du recours rapide aux soins (dans les 24 heures) par syndrome	Enquête de ménages	Enquêtes au début et à la fin de l'étude ; une fois par an	Gestionnaire	Devrait être stratifié par la réception et l'achèvement du traitement ; permet de mesurer toutes les sources de soins ; c'est aussi un indicateur de la demande, les changements peuvent influencer le calcul des vies sauvées

La Figure 30 montre un extrait d'un registre de PEC-C, dans ce cas, il s'agit seulement des enfants malades qui ont été consultés pour des signes liés à la pneumonie. (Le registre d'un programme intégré visant la diarrhée, la pneumonie, la malnutrition et d'autres maladies est beaucoup plus grand.) Les superviseurs ou les gestionnaires peuvent préparer des résumés mensuels comme celui-ci. Ils peuvent à leur tour être compilés avec d'autres résumés du même programme.

FIGURE 30 : EXEMPLE DE SYNTHÈSE PÉRIODIQUE DES REGISTRES ASC PAR UN SUPERVISEUR ⁸⁰

Résumé mensuel (partiel) à partir des registres et des listes de supervision														
Superviseur :									Mois :					
Nom de l'ASC	Communauté	Groupe d'âge (mois)		Visite		Classification			Référence		Référence aboutie		Observance du traitement	
		2 à 11	12 à 59	1	Suivi	Pneumonie sévère	Pneumonie	Toux / rhume	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Total														

Les documents ci-dessous montrent comment les données provenant d'un tel registre peuvent se présenter et s'interpréter. Par exemple, la Figure 31 montre que presque tous les pourvoyeurs de soins ont terminé le traitement et / ou la référence. Toutefois, un des districts avait des taux beaucoup plus faibles quant à l'aboutissement de la référence, ce qui indique la nécessité d'autres recherches à l'avenir.

FIGURE 31 : EXEMPLE D’AFFICHAGE DE DONNÉES SUR L’OBSERVANCE DU TRAITEMENT ET L’ACHÈVEMENT DE LA RÉFÉRENCE⁸⁰

Observance et achèvement tels qu’on les a signalés lors des visites de suivi chez le patient, par district (oct. à déc. 2007)

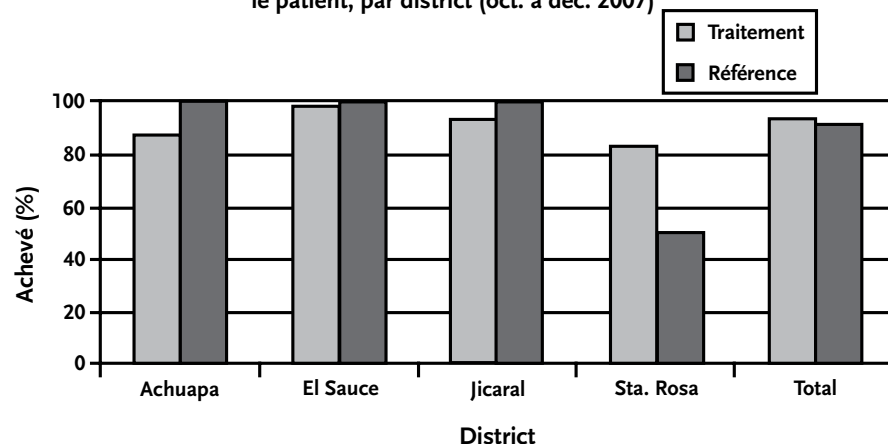
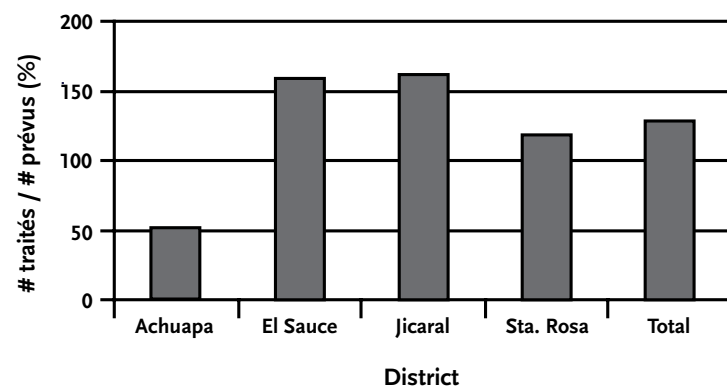


FIGURE 32 : EXEMPLE D’AFFICHAGE DE DONNÉES SUR LES TAUX DE TRAITEMENT⁸⁰

Taux de traitement de la pneumonie (2008)



La Figure 32 montre le taux de traitements : le nombre d’épisodes de pneumonie traités par des agents de la PEC-C divisé par le nombre prévu, exprimé en pourcentage. Les cas attendus, par pays, peuvent être estimés par la modélisation épidémiologique récente¹⁵³. Les projections infranationales de cas attendus ne sont pas sans risque, mais elles fournissent aux gestionnaires des repères à comparer. Un taux de 100 % indiquerait que la PEC-C traite tous les cas attendus de la pneumonie. Le graphique montre les taux de traitement de plus de 100 % dans trois municipalités sur quatre. Cela pourrait s’expliquer par plusieurs cas de figure.

- Il y a eu une épidémie de pneumonie.
- Il y a eu des variations normales dans les cas de pneumonie.
- Le risque de pneumonie est plus élevé que prévu. Pour la PEC-C, c’est presque toujours le cas car c’est une stratégie pour atteindre des communautés plus reculées et plus pauvres.
- Le dénominateur de l’estimation était trop faible, c’est-à-dire que la population de moins de 5 ans est en fait plus élevée.
- La maladie a été mal classifiée, par exemple, c’était l’asthme qu’on a pris pour la pneumonie.
- Les ASC ont dispensé des services aux enfants qui n’habitent pas les communautés où les ASC sont censés assurer la PEC-C.
- Les ASC ont classifié la maladie comme la pneumonie sous la pression de pourvoyeurs de soins réclamant des antibiotiques.
- Les ASC ont mal classifié la maladie, car ils ont surestimé les taux de respiration des enfants malades.

Bien que les quatre premières causes possibles sortent probablement du champ de travail d’un gestionnaire, les quatre dernières sont des questions qui mériteraient d’être étudiées davantage. Le taux de traitement peu élevé dans un des sous-districts est également inquiétant.

Comme pour toutes les données de suivi, une analyse rapide et le partage des données avec les parties prenantes augmentent la probabilité de trouver des solutions créatives et durables aux problèmes, et de générer le sentiment d’« appartenance » au programme.

Lorsque les résultats montrent une utilisation accrue de la PEC-C, il est temps de réfléchir à comment l’augmenter encore plus. Il est temps de planifier l’expansion ou l’extension pour qu’un plus grand nombre d’enfants de moins de 5 ans puissent bénéficier de cette stratégie.

Augmenter le recours à la PEC-C : l’expansion

Envisager l’expansion fonctionnelle. L’expansion se conçoit généralement comme un élargissement géographique (plus de zones) ou comme une extension à de nouveaux groupes de population (ciblant un groupe d’âge différent). L’expansion « fonctionnelle » est une autre stratégie d’expansion pertinente à la PEC-C. Elle vise à ajouter de nouvelles interventions aux initiatives existantes¹⁵⁴. Par exemple, un programme de PEC-C qui n’inclut pas le traitement de la pneumonie serait bien adapté pour cette intervention. Les programmes intégrés souhaiteraient peut-être ajouter un traitement à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère avec les ATPE, un traitement de la septicémie néonatale ou d’autres interventions.

Évaluer si le projet est prêt à l’expansion. Les gestionnaires et les décideurs doivent tenir compte des éléments ci-dessous lorsqu’ils évaluent si un projet

ou un programme à petite échelle est prêt à être répliqué dans d'autres zones. Ceux qui ont une vision d'expansion dès le début d'un projet pilote trouveront l'existence de ces conditions plus probable.

L'« **extensibilité** » de l'ensemble des interventions, des approches et des activités se trouve renforcée lorsque ¹⁵⁵

- les évidences de son efficacité sont crédibles ;
- les personnes et les institutions qui en défendent les intérêts sont respectées et convaincantes ;
- il existe une définition claire et partagée de l'intervention et de toutes ses composantes ;
- l'ensemble des interventions est pertinent pour les priorités des politiques ou des programmes ;
- les interventions sont faciles à installer dans le système de santé : elles sont compatibles avec les structures et les systèmes existants ; et des procédures, outils et méthodes faciles à utiliser sont disponibles ; et
- une ou plusieurs sites pilotes peuvent servir de terrain d'apprentissage (ou « université de vie ») pour d'autres équipes de district ¹⁵⁶.

L'expansion est facilitée quand il y a la capacité organisationnelle à mettre en œuvre un programme à grande échelle, ce qui signifie que

- les capacités nécessaires à la formation, la logistique, la supervision, la gestion, etc. sont en place ; et
- des partenaires qui ont commencé le projet à petite échelle peuvent fournir l'assistance technique nécessaire pour soutenir l'expansion.

Un groupe renforcé de supporteurs prêt à augmenter l'échelle de l'intervention peut maintenir l'élan.

- Du soutien est nécessaire à différents niveaux du système de santé.
- Les militants et les champions de plaidoyer sont en faveur de l'extension.
- Les partenariats et les alliances peuvent assumer des rôles différents et élargir le réseau de personnes et d'institutions favorables à l'expansion.
- Tous les acteurs partagent une vision commune de « l'échelle ».
- La poursuite de la sensibilisation est nécessaire, surtout face aux priorités concurrentes.

Des ressources financières à long terme sont nécessaires.

- Un financement prévisible et adéquat provenant de sources nationales et internationales est souvent nécessaire pendant au moins 10 à 20 ans ¹⁵⁴.

Planification de l'expansion. L'expérience des projets menés à grande échelle suggère les principes suivants ⁸⁵.

- Développer progressivement et par étapes afin de s'assurer que l'ensemble qu'on reproduit ne perd pas ses caractéristiques essentielles.
- Continuer à mobiliser des champions, militer et créer du soutien.

- Commencer par les points forts, là où la réussite est plus susceptible de fournir de multiples exemples qui montrent comment fonctionne la PEC-C.
- Associer de nouveaux partenaires selon les besoins. S'assurer qu'ils partagent la même vision.
- Travailler avec les ressources et les structures existantes.
- Continuer à développer et à appliquer des stratégies de renforcement des capacités.
- Suivre et évaluer le processus d'expansion, sans se limiter aux résultats.
- Prévoir l'imprévisible.

ENCADRÉ 55 : DÉVELOPPER LA PEC-C DE LA PNEUMONIE CONTRIBUE À ATTEINDRE L'OMD 4 AU NÉPAL ⁴³

Le **Népal** est l'un des 5 pays qui ont réduit la mortalité des enfants de 50 % depuis 1990. La PEC-C de la pneumonie a contribué à cette réalisation. Grâce à l'expansion progressive du programme sur une période de 14 ans, à partir du milieu des années 1980, 69 % de la population de moins de 5 ans avait accès au traitement de la pneumonie en 2007. L'expansion se poursuit encore aujourd'hui.

Les faits marquants de la réussite du processus d'expansion comprenaient :

- 1986 à 1989. La recherche dans un district montagneux reculé valide les résultats d'une étude antérieure qui avait démontré une réduction de la mortalité due aux infections respiratoires aiguës correspondante à la PEC-C de la pneumonie infantile. Ces résultats prometteurs, ainsi que l'ampleur de décès des enfants de moins de 5 ans dus à la pneumonie, motivent le MSP à reproduire la PEC-C de la pneumonie dans le système de gouvernement.
- 1993 à 1994. Un groupe de travail technique conçoit une étude pour comparer les résultats de deux stratégies différentes pour le traitement de la pneumonie : (1) utiliser les femmes bénévoles en santé communautaire (FBSC) formées pour évaluer et gérer la pneumonie infantile au niveau communautaire par des antibiotiques oraux, et (2) utiliser les FBSC pour évaluer et référer les cas de pneumonie vers la formation sanitaire la plus proche. Les préparatifs incluent une étude ethnographique pour comprendre les signes de danger de la pneumonie perçus par la communauté et les pratiques de recours aux soins. Les préparatifs incluent également l'élaboration de directives techniques, de formation graphique et de matériel de communication pour le changement de comportement. Ce matériel est approprié au faible niveau d'alphabétisation de certaines FBSC et de certains membres de la communauté.
- 1995 à 1997. L'essai pilote est réalisé dans quatre districts : deux districts où les FBSC dispensent des traitements, et deux où elles exercent la référence. Une évaluation de 1997 démontre que la proportion des cas de pneumonie supposés qui reçoivent un traitement a presque doublé dans les deux districts de « traitement », que les FBSC évaluent et traitent la pneumonie correctement et que la communauté adhère fortement à la PEC-C de la pneumonie. Ces conclusions conduisent à une recommandation d'expansion prudente de la PEC-C.
- 1997 à aujourd'hui. L'expansion progressive du programme continue.

- 1999. Le programme fusionne avec la PCIME-C.
- 2007. Un essai pilote teste la possibilité d'ajouter la PEC-C de la septicémie néonatale à l'ensemble du programme.

Voici les principales leçons tirées du processus d'expansion :

- Les données dans le pays ont incité des décideurs de haut niveau à lancer un programme pilote modulable. Cependant, chaque nouvelle phase d'expansion nécessitait une nouvelle approbation du MSP.
- Le fait de s'appuyer sur le cadre établi des FBSC a facilité la mise en œuvre réussie de la PEC-C de la pneumonie. Les communautés avaient déjà reconnu et accepté les FBSC avant le début du programme.
- La fusion de la PEC-C de la pneumonie avec la PCIME-C lui a permis de devenir une partie de la programmation annuelle de routine.
- Le bon fonctionnement des systèmes de santé (tels que les minuteurs respiratoires, les formulaires d'enregistrement, la supervision formative, les réunions d'examen et l'approvisionnement ininterrompu en antibiotiques) est essentiel pour assurer des soins de qualité, maintenir la motivation et offrir des stages de perfectionnement en milieu de travail.
- Un plaidoyer tenace a permis l'exploration de la PEC-C et le développement d'une politique permissive et d'un programme modèle.
- Un leadership fort et soutenu de la part des partenaires : (MSP et bailleurs de fonds) a facilité le démarrage du programme en la gardant sur la bonne voie durant les premières années.
- Le financement externe a permis au programme de tester et de mettre en place les capacités d'organisation et le soutien politique nécessaires à sa durabilité.

Boîte à outils : Ressources pour l'utilisation accrue des interventions PEC-C

Ressources pour estimer l'impact de la PEC-C

Lives Saved Tool (LiST). An evidence-based decision-making tool for estimating intervention impact. Institute of International Programs, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. 2009.

Ce site Web comprend

- les outils et manuels d'instruction,
- un ensemble de logiciels à télécharger,
- un diaporama avec des exemples d'utilisation et
- des fichiers avec des projections sur le VIH et le SIDA.

Voir aussi la feuille de travail « Exemples d'outils de recherche formative pour la PEC-C » dans la boîte à outils de la Section II, « Analyse de situation ».

Ressources pour l'expansion

Cooley L, Kohl R. *Scaling up—from vision to large-scale change : a management framework for practitioners.* Washington, DC, Management Systems International, 2006.

A guide for fostering change to scale up effective health services. Boston, Management Sciences for Health for the Implementing Best Practices Consortium, 2007.

Marginal budgeting for bottlenecks. (Voir la boîte à outils de la Section II, « Analyser la situation ».)

Nine steps for developing a scaling-up strategy. Brouillon. Genève, OMS et ExpandNet. 9 novembre 2009.

Practical guidance for scaling up health service innovations. Genève, OMS et ExpandNet, 2009. http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf

“SCALE” and “SCALING-UP.” A CORE Group background paper on “scaling-up” maternal, newborn and child health services. 11 juillet 2005.

D'autres rapports

Scaling up community-based treatment in Senegal. Washington, DC, BASICS et USAID, s.d.

SECTION VIII :

ORIENTATIONS FUTURES DE LA PEC-C

Initiée en deux pays asiatiques il y a 20 ans^{43,48}, la PEC-C fleurit aujourd'hui dans plus de 40 pays à travers le globe^{28,29}. Les données sur la mortalité infantile et les taux de couverture pour les traitements des maladies infantiles confirment qu'un plus grand nombre de pays et de populations pourraient bénéficier de la PEC-C. En même temps, il s'agit d'une stratégie évolutive dans un monde en mutation. Pour paraphraser un dicton familial : « Plus on apprend sur la PEC-C, plus on a des questions sur comment mieux la mettre en œuvre. » Les défenseurs suggèrent qu'une meilleure compréhension des questions abordées ci-dessous aboutira à une PEC-C plus efficace et à une amélioration des capacités pour la mettre en place.

De vieilles questions nécessitent de nouvelles réponses

La liste des questions sur la PEC-C proposées pour la recherche opérationnelle ne cesse de s'allonger (Section III « Création d'un environnement social et politique favorable »). Mais quelles questions sont des priorités mondiales ? Et lesquelles aideraient les décideurs et chercheurs nationaux à concevoir des études pertinentes aux niveaux national et international ? Il n'y a pas encore de consensus là-dessus. Voici quelques « vieilles » questions qui restent sans réponse.

Supervision. Quelle est la meilleure stratégie de supervision ? Quelle stratégie de supervision est la plus rentable ? (Par exemple, le superviseur se rend sur le lieu de travail d'un ASC, le superviseur rend visite à un groupe d'ASC ou un groupe d'ASC se rend sur le site de travail du superviseur.)

Rôle des prestataires du secteur privé. Quel type de prestataire privé est le plus flexible quand il s'agit d'assurer la prise en charge de cas standard ? (Les commerçants ? Les guérisseurs traditionnels ?)

Débats actuels

La diversité des approches à la PEC-C a suscité des préoccupations relativement nouvelles qui font encore l'objet de débat et suggèrent donc la nécessité de recherches supplémentaires. Ces préoccupations sont les suivantes.

Formation clinique sur le tas. Est-ce une nécessité absolue ? On peut citer de nombreux arguments solides en faveur de la formation clinique. Mais il peut s'avérer très coûteux de mettre les ASC dans un établissement (souvent un hôpital régional) suffisamment grand pour avoir suffisamment de cas et donc permettre aux ASC de voir les signes de danger et aux formateurs d'encadrer l'apprentissage des compétences de la prise en charge des cas. Des vidéos, des jeux de rôle et d'autres approches pédagogiques peuvent-ils préparer adéquatement les ASC ? Quel est le coût et quel est le rendement des diverses méthodes pour le personnel différent, aux parcours et aux expériences différents ?

Les incitations financières et la motivation. Quelles sont les meilleures façons de motiver les ASC ? Certains pays (dont le Népal et le Nicaragua) ont des ASC bénévoles qui sont fiables et stables. Quels aspects de ces situations rendent-ils possible cette réussite ? Serait-il possible d'en tirer des leçons applicables à d'autres contextes ?

Intégration de la PEC-C néonatale et infantile. Comment réussir au mieux l'intégration de ces deux groupes d'âge ? Est-il préférable d'ajouter la PEC-C néonatale à une plate-forme de la PEC-C infantile ? Ou la PEC-C néonatale devrait-elle être le fondement ?

Atteindre ce qui est « presque impossible » à atteindre. Certaines familles et communautés sont tellement éloignées des centres de santé qu'on a prévu comme base pour la PEC-C que le soutien continu nécessaire et la supervision des ASC ne sont pas réalisables. Comment peut-on fournir des interventions curatives à ces populations ?

Le rôle des nouvelles technologies

Les nouvelles technologies (du diagnostic à des outils de communication) se développent souvent plus rapidement que la capacité des programmes à les intégrer. Néanmoins, beaucoup promettent d'augmenter l'efficacité de la PEC-C. Les gestionnaires et les planificateurs doivent anticiper les technologies suivantes et examiner la faisabilité et les implications de leur intégration aux programmes.

Outils de diagnostic rapide (ODR). Des pays commencent à introduire des tests de diagnostic rapide du paludisme dans la PEC-C, suite à la recommandation de l'OMS à faveur du diagnostic parasitaire, même au niveau communautaire¹⁵⁷. Il y a un besoin urgent de TDR pour la pneumonie. Les TDR pour le VIH / SIDA sont disponibles. L'introduction de ces nouveaux outils aura une incidence sur la

formation des ASC ainsi que sur des protocoles de traitement. Dans le cas du paludisme, la majorité des fièvres dans les régions où cette maladie est endémique ne sont pas dues au paludisme. Il faut prévoir la mise en place non seulement d'une prise en charge appropriée des maladies fébriles autres que le paludisme, mais aussi des efforts d'éducation communautaire et de sensibilisation, vu que les familles (et souvent les ASC) supposent souvent que « la fièvre sous-entend toujours le paludisme, sauf preuve du contraire »¹⁵⁷.

Technologie mobile. Les ordinateurs de poche, les assistants numériques personnels, les téléphones cellulaires et par satellite avec des appareils photo et caméra vidéo, et d'autres technologies mobiles ont des applications potentielles dans la PEC-C. Elles sont des outils potentiels de travail, de supervision, de fourniture, de communication pour la référence ou la consultation, de suivi, de cartographie, etc. Par exemple, l'appareil photo dans un téléphone mobile pourrait prendre du sang une image holographique qui pourrait être envoyée en pièce jointe à un ordinateur capable de détecter le paludisme et le VIH. Au fur et à mesure que les coûts de ces technologies baissent, il est concevable que certains obstacles à l'accès et à la qualité puissent être surmontés.

L'évolution épidémiologique

La mise à l'échelle de la pulvérisation intra domiciliaire, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les vaccins contre les *Haemophilus influenzae* de type b et le *pneumocoque* et d'autres interventions préventives devraient diminuer l'incidence des maladies traitables par la PEC-C. Le panorama des maladies en évolution soulève des questions pour la PEC-C.

- Quelle sera l'incidence sur la sensibilité et la spécificité des algorithmes de la PCIME en cours ?
- Quand les TDR pour combattre le paludisme ne seront-elles plus nécessaires ?
- Quand la PEC-C ne sera-t-elle plus nécessaire ?

Alors que la réduction des maladies serait la bienvenue, d'autres préoccupations de santé mondiale peuvent avoir un effet négatif sur la PEC-C et sa conception. Par exemple, une pandémie sévère de grippe pourrait mettre les ASC dans une position délicate, où on s'attendrait à ce qu'ils assument des responsabilités au-delà de celles de la PEC-C (ou on exigerait qu'ils le fassent). Le réchauffement planétaire pourrait provoquer des émergences de moustiques là où ils étaient absents auparavant, ce qui augmenterait la menace du paludisme et de la dengue. Certaines régions pourraient être exposées aux risques de diminution des précipitations, ce qui entraînerait une pénurie d'eau douce et augmenterait le risque de maladies d'origine hydrique. Des millions de personnes pourraient être exposées à la malnutrition et à la famine si les terres arables deviennent inexploitable¹⁵⁸.

Les réseaux mondiaux

Une coalition mondiale d'organisations consacrées à la défense et au soutien aux programmes de PEC-C n'existe pas, en soi. Cependant, le Plan d'action mondial pour le contrôle et la prévention de la pneumonie (GAPP) réunit l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires pour mettre l'accent sur des actions à grande échelle visant le traitement de la pneumonie au sein de la communauté, dans le cadre d'interventions intégrées, y compris celles portant sur les maladies diarrhéiques, le paludisme et d'autres maladies—dont les interventions comportent la PEC-C¹⁵⁹.

Un groupe de travail sur la PEC-C nouvellement formé examine les outils de PEC-C existants pour les ASC, les superviseurs, la formation et la recherche formative. Par ailleurs, ce groupe est en train d'élaborer un ensemble d'indicateurs communs pour la PEC-C (dont la plupart sont inclus dans ce guide) pour stimuler les mesures de qualité à travers des projets et pour permettre des comparaisons entre eux afin d'identifier les meilleures pratiques. De plus, le groupe de travail procède à un exercice de cartographie des pays, ce qui permettra de classer les pays selon leur niveau de préparation pour la PEC-C intégrée afin de faciliter la hiérarchisation des efforts et d'orienter l'assistance technique. On classe les pays par les catégories suivantes : *fermé* (l'absence de possibilité), *ouvert à l'introduction* (la possibilité existe), *ouvert à l'expansion mais limité techniquement* (les possibilités et les expériences existent, mais la capacité technique doit être renforcée), *ouvert à l'expansion mais limité financièrement* (les possibilités et les expériences existent, mais les ressources financières sont limitées), et *l'expansion à plein régime* (les possibilités et les expériences existent, ainsi que la volonté politique et l'engagement).

Le Groupe PEC-C de Recherche opérationnelle a développé et est en train de mettre à jour une liste prioritaire des questions pour la recherche opérationnelle. Ce groupe développe des outils qui peuvent guider la préparation des études de cas approfondies de la PEC-C.

« La PEC-C est là pour rester. Le besoin est important, mais nous ne faisons qu'effleurer la surface de ce que cette stratégie destinée à sauver des vies peut faire pour les populations rurales des pays en développement. »¹⁶⁰

RÉFÉRENCES

- 1 *Fondements de l'immunisation : guide pratique*. Washington, DC, Office of Health, Infectious Diseases, and Nutrition, Bureau for Global Health, U.S. Agency for International Development, 2006. *Immunization essentials : a practical field guide*. Washington, DC, Office of Health, Infectious Diseases, and Nutrition, Bureau for Global Health, U.S. Agency for International Development, 2003.
- 2 Winch P et al. *Reaching communities for child health and nutrition : a framework for household and community IMCI* [Report of Workshop Reaching Communities for Child Health : Advancing PVO / NGO Technical Capacity and Leadership for Household and Community Integrated Management of Childhood Illness (HH / C IMCI). Baltimore, MD, 17–19 janvier 2001]. Washington, DC, CORE Group, Inc., avril 2001.
- 3 *Caring for the sick child in the community*. Brouillon. Genève, OMS et UNICEF, 2009.
- 4 *Global burden of disease 2004*. Genève, OMS, 2008.
- 5 Black R et al. Maternal and child undernutrition : global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008, 371 (9068) :243–260.
- 6 Morris SS et al. How Many Child Deaths Can We Prevent ? New Estimates for 2003. Affiche présentée au congrès Compte à rebours 2015, Londres, 13–14 décembre 2005 (<http://cs.server2.textor.com/view-posters.html>).
- 7 Jones G et al. How many child deaths can we prevent this year ? *Lancet*, 2003, 362 :65–67.
- 8 *Community-based management of severe acute malnutrition : a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund*. OMS / Programme alimentaire mondial / Comité permanent de la nutrition (ONU) / UNICEF, 2007.
- 9 *Progress for children : a world fit for children*. Statistical review number 6. New York, UNICEF, décembre 2007.
- 10 Victora CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies : evidence from national surveys. *Lancet*, 2005, 366(9495) :1460–1466.
- 11 Gilroy KE, Winch PJ. *Management of sick children by community health workers : intervention models and programme examples*. New York et Genève, UNICEF / OMS, March 2006, pp. 12, 23.
- 12 *Implementing the new recommendations on the clinical management of diarrhoea : guidelines for policy makers and programme managers*. Washington, DC, OMS, UNICEF, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, et USAID, 2006.
- 13 *Roll Back Malaria Partnership consensus statement : assuring access to effective malaria case management*. Genève, partenariat Faire reculer le paludisme, mars 2004.
- 14 *WHO / UNICEF joint statement : Management of pneumonia in community settings*. New York et Genève, UNICEF / OMS, 2004.
- 15 *WHO / UNICEF joint statement : Home visits for the newborn child : a strategy to improve survival*. Genève, OMS, 2009 (WHO / FCH / CAH / 09.02).
- 16 *State of the world's children 2008 : child survival*. New York, UNICEF, 2007.
- 17 World Development Indicators Database [online database]. Washington, DC, World Bank Group, 2008.
- 18 *Tracking progress in maternal, newborn and child survival : the 2008 report*. New York, UNICEF, 2008.
- 19 Bryce J et al. Countdown to 2015 : tracking intervention coverage for child survival. *Lancet*, 2006, 368 :1067–1076.
- 20 *Case management of acute respiratory infections in children : intervention studies*. Genève, OMS, 1988 (WHO / ARI / 88.2).
- 21 *Technical basis for the WHO recommendations on the management of pneumonia in children at first-level health facilities*. Genève, OMS, 1991 (WHO / ARI / 91.20).

- 22 Arifeen SE et al. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on childhood mortality and nutrition in a rural area in Bangladesh : a cluster randomised trial. *Lancet*, 2009, 374(9687) :393–403.
- 23 Degefe T et al. Community case management improves use of treatment for childhood diarrhea, malaria and pneumonia in a remote district in Ethiopia's Oromiya region. *Ethiopian Journal of Health Development*, octobre 2009.
- 24 Simoes EAF et al. Acute respiratory infections in children, chap. 25, p. 490. In : Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2e éd. New York, Oxford University Press, 2006.
- 25 Rosales A. Christian Children's Fund. Communication personnelle, 2007.
- 26 Bryce J et al. [De la part des MCE-IMCI Technical Advisors]. Programmatic pathways to child survival : results of a multi-country evaluation of integrated management of childhood illness. *Health Policy and Planning* 2005, 20-S1 :i5–i17.
- 27 *Tracking progress in child survival : the 2005 report*. New York, UNICEF, 2005.
- 28 Marsh DR et al. Community case management of pneumonia : at a tipping point ? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(5) :381–389.
- 29 West A. Community case management : mapping CORE members' CCM programs. Présentation à Save the Children Health and Nutrition PLC, Easton, MD, 20 mai 2008.
- 30 Ashwell HE, Freeman P. The clinical competency of community health workers in the Eastern Highlands province of Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*, 1995, 38(3) :198–207.
- 31 Kelly JM et al. Community health worker performance in the management of multiple childhood illnesses : Siaya district, Kenya, 1997–2001. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(10) :1617–1624.
- 32 Zeitz PS et al. Community health worker competency in managing acute respiratory infections of childhood in Bolivia. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1993, 27(2) :109–119.
- 33 Mullany LC et al. Development of clinical sign based algorithms for community based assessment of omphalitis. *Archives of Disease in Childhood : Fetal and Neonatal Edition*, 2006, 91(2) :F99–104.
- 34 Bang AT et al. Is home-based diagnosis and treatment of neonatal sepsis feasible and effective ? seven years of intervention in the Gadchiroli field trial (1996 to 2003). *Journal of Perinatology*, 2005, 25 Suppl. 1 :S62–71.
- 35 Bang AT et al. Management of childhood pneumonia by traditional birth attendants : the SEARCH team. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(6) :897–905.
- 36 Nagarajan L et al. A comparative study of different methods of training of rural subjects for reconstitution of oral rehydration solutions. *Indian Pediatrics*, 1989, 26(4) :323–329.
- 37 Elder J et al. Healthcom Indonesia : the use of radio spots to improve performance and motivation of kader. *Hygiene*, 1992, 11(4) :21–25.
- 38 Elder JP et al. The use of diarrhoeal management counselling cards for community health volunteer training in Indonesia : the HealthCom project. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1992, 95(5) :301–308.
- 39 Bailey JE, Coombs DW. Effectiveness of an Indonesian model for rapid training of Guatemalan health workers in diarrhea case management. *Journal of Community Health*, 1996, 21(4) :269–276.
- 40 Gupta DN et al. Implementation of ORT : some problems encountered in training of health workers during an operational research programme. *Indian Journal of Public Health*, 1994, 38(2) :69–72.
- 41 Dawson P et al. Management of childhood pneumonia : improved treatment using community-based approaches in Nepal (manuscrit non publié).
- 42 Hadi A. Management of acute respiratory infections by community health volunteers : experience of Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC). *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(3) :183–189.
- 43 Dawson P et al. From research to national expansion : 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86 :339–343.
- 44 *Scaling up community-based treatment in Senegal*. Washington, DC, BASICS et USAID, n.d.

- 45 Rasmussen Z, Pio A, Enarson P. Case management of childhood pneumonia in developing countries : recent relevant research and current initiatives. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2000, 4(9) :807–826.
- 46 Pandey MR et al. Reduction in total under-five mortality in western Nepal through community-based antimicrobial treatment of pneumonia. *Lancet*, 1991, 338(8773) :993–997.
- 47 Fauveau V et al. Impact on mortality of a community-based programme to control acute lower respiratory tract infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1992, 70(1) :109–116.
- 48 Khan AJ et al. Acute respiratory infections in children : a case management intervention in Abbottabad District, Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 1990, 68(5) :577–585.
- 49 Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children : a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3(9) :547–556.
- 50 Sazawal S, Black RE. Meta-analysis of intervention trials on case-management of pneumonia in community settings. *Lancet*, 1992, 340(8818) :528–533.
- 51 Bang AT et al. Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community-based intervention trial in Gadchiroli, India. *Lancet*, 1990, 336(8709) :201–206.
- 52 Mtango FD, Neuvians D. Acute respiratory infections in children under five years : control project in Bagamoyo district, Tanzania. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1986, 80(6) :851–858.
- 53 Bang AT et al. Pneumonia in neonates : can it be managed in the community ? *Archives of Disease in Childhood*, 1993, 68(5 spec. no.) :550–556.
- 54 Bang AT et al. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial : effect of home-based neonatal care. *Journal of Perinatology*, 2005, 25 Suppl 1 :S92–107.
- 55 Delacollette C, Van der Stuyft P, Molima K. Using community health workers for malaria control : experience in Zaire. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(4) :423–430.
- 56 Ghebreyesus TA et al. The community-based malaria control programme in Tigray, northern Ethiopia : a review of programme set-up, activities, outcomes and impact. *Parasitologia*, 2000, 42(3–4) :255–290.
- 57 *The community-based malaria control programme in Tigray, northern Ethiopia : a review of the programme set-up, activities, outcomes, and impact*. Genève, OMS, 1999 (WHO / CDS / RBM / 99.12).
- 58 Winch PJ et al. Increases in correct administration of chloroquine in the home and referral of sick children to health facilities through a community-based intervention in Bougouni District, Mali. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 97(5) :481–490.
- 59 *Rapid diagnostic tests in malaria case management : planning, procuring and implementing— suggestions for incorporation of malaria RDT-based diagnosis into proposals to the Global Fund Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)*. Genève, OMS, Programme mondial contre le paludisme, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, parrainé par l'UNICEF, le PNUD, la Banque Mondiale et l'OMS. Modifié à partir de documents du Programme mondial contre le paludisme de l'OMS et du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, avril 2009.
- 60 Pagnoni F et al. A community-based programme to provide prompt and adequate treatment of presumptive malaria in children. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91(5) :512–517.
- 61 Sirima SB et al. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 2003, 8(2) :133–139.
- 62 Menon A et al. Maternal administration of chloroquine : an unexplored aspect of malaria control. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1988, 91(2) :49–54.
- 63 Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia : a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356(9229) :550–555.

- 64 Définie par rapport à un poids très faible relatif à la taille—moins de -3 écarts types de la croissance médiane selon les standards de l'OMS—par des signes visibles d'émaciation ou par la présence d'œdème nutritionnel. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, une circonférence du bras à mi-hauteur de moins de 110 mm est aussi un indicateur de la malnutrition aiguë sévère.
- 65 *Community-based therapeutic care : a new paradigm for selective feeding in nutritional crises*. HPN Network Paper, No. 48, novembre 2004.
- 66 Prudhon C et al. SCN [Comité Permanent de la Nutrition de la ONU] Nutrition Policy Paper, no. 21. OMS, UNICEF et SCN. *Informal consultation on community-based management of severe malnutrition in children*. New York, United Nations University, 2006.
- 67 Curtale F et al. Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science and Medicine*, 1995, 40(8) :1117–1125.
- 68 *Lady Health Worker Programme : External evaluation of the national programme for family planning and primary health care—quantitative survey report*. Oxford, UK, Oxford Policy Management, 2002.
- 69 Lain MG. Community based approach to childhood illness in a complex emergency situation : the experience with the Essential Community Child Health Care programme in southern Sudan [thèse]. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
- 70 Wolfheim, C. Caring for newborns and children : a training package for community health workers. Présentation à la Madagascar Review et l'Inter-country Exchange on CCM, Madagascar, août 2008.
- 71 *Nepal child survival case study : technical report*. Arlington, VA, BASICS II pour USAID, 2004.
- 72 Bhutta ZA et al. Management of newborn infections in primary care settings : a review of the evidence and implications for policy ? *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2009, 28(1), Suppl :S22–S30.
- 73 Bang AT et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality : field trial in rural India. *Lancet*, 1999, 354(9194) :1955–1961.
- 74 Gouws E et al. Improving the use of antimicrobials through IMCI case management training. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(7) :509–515.
- 75 *Handbook : IMCI—integrated management of childhood illness*. Genève, OMS et UNICEF, 2005.
- 76 Marsh D. *Treatment ratios* (2007). Westport, CT, Save the Children, 2009.
- 77 Rudan I et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*, mai 2008, 86(5) :408–416.
- 78 Adeya G et al. *Assessment for the introduction of zinc and the revitalization of diarrhea case management in Madagascar*. Washington, DC, Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus), A2Z Micronutrient and Child Blindness Project (A2Z), Helen Keller International (HKI) et BASICS pour USAID, 2006.
- 79 *Lessons learned from a CCM situation analysis in three countries in Central America*. Étude réalisée en juillet 2005. Westport, CT, Save the Children, n.d.
- 80 CCM tool box. Brouillon. Save the Children, USA, janvier 2009.
- 81 Soucat A et al. Marginal budgeting for bottlenecks : a new costing and resource allocation practice to buy health results—using health sector's budget expansion to progress toward the Millennium Development Goals in sub-Saharan Africa [document de travail]. Washington, DC, Banque Mondiale, 2004.
- 82 *Health and family planning indicators : measuring sustainability*. Vol. 1. Washington, DC, Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project for the Office of Sustainable Development, Bureau for Africa, USAID.
- 83 Core CCM indicators and measurement methods. Brouillon. Save the Children, USA, janvier 2009.
- 84 *IMCI approach policy for accelerated child survival and development in Malawi : scaling up of high impact interventions in the context of Essential Health Package*. Lilongwe, Gouvernement du Malawi, 2006.
- 85 *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Genève, OMS et ExpandNet, 2007.
- 86 *Report on the global HIV / AIDS epidemic—June 2000*. Genève, Joint United Nations Programme on HIV / AIDS, 2000.
- 87 Priority research and / or evaluation questions. Brouillon. CCM Operational Research Group, n.d.
- 88 George A et al. *Delivering community-based treatment for childhood pneumonia and diarrhea : a mid-term assessment of Hasta el Último Rincón, a community case management project of Save the Children in Nicaragua*. Final report. Washington, DC, UNICEF, USAID et Save the Children. 13 janvier 2009.
- 89 Mwamba J. International Rescue Committee. Communication personnelle, janvier 2007.
- 90 LaFond A, Brown LA. *Guide to monitoring and evaluating capacity building interventions in the health sector in developing countries*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 7. Chapel Hill, NC, Carolina Population Center, University of North Carolina, 2003 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-03-07.pdf>).
- 91 Surowecky J. *The wisdom of crowds : why the many are smarter than the few and how collective wisdom shapes business, economies, societies and nations*. New York, Doubleday, 2004.
- 92 Bhattacharyya K et al. *Community health worker incentives and disincentives : how they affect motivation, retention, and sustainability*. Arlington, VA, BASICS II Project for USAID, 2001.
- 93 Kahn A, Hare L. *Sustaining the benefits : a field guide for sustaining reproductive and child health services*. Washington, DC, CEDPA, 2003.
- 94 Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la pneumonie et le paludisme (<http://www.theglobalfund.org/fr/>).
- 95 About the President's Malaria Initiative (<http://www.fightingmalaria.gov/about/index.html>).
- 96 Banque Mondiale. *Poverty reduction strategies* (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,menuPK:384207~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:384201,00.html>).
- 97 L'Initiative catalytique pour sauver un million de vies. Agence canadienne de développement international (<http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fr/NAD-1249841-JLG>).
- 98 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (<http://www.who.int/pmnch/about/en/>).
- 99 Global action plan for the prevention and control of malaria (GAPP) (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596336/en/).
- 100 Tabor S. *Community-based health insurance and social protection policy*. Washington, DC, World Bank Institute, Social Safety Net Primer Series, mars 2005.
- 101 CORE Group country collaboration model : scaling up community case management efforts in Bolivia. Project summary. Washington, DC, CORE Group, n.d.
- 102 Priority research and / or evaluation questions. Washington, DC, CORE Group, CCM Task Force, Operational Research Group, n.d.
- 103 Opportunities for focused learning from the CSHGP portfolio : essential newborn programming and community case management. Projet de rapport. Child Survival Technical Support +, 17 septembre 2008.
- 104 Wall S, Ransom E. Research priorities to improve global newborn health. Saving Newborn Lives Initiative, Save the Children Federation, USA. Présentation au Global Forum for Health Research, Forum 8, México, novembre 2004.
- 105 *A strategy for improved nutrition of children and women in developing countries : UNICEF policy review*. New York, UNICEF, juin 1990.
- 106 Howard-Grabman L, Snetro G, *How to mobilize communities for health and social change*. Baltimore, MD, Health Communication Partnership, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs, 2000.
- 107 Cervantes K et al. *Rapid assessment of referral care systems : a guide for program managers*. Arlington, VA, BASICS II pour USAID, 2003.
- 108 Guillaume ML, Ezzat M, Gaumer G. *Study of hospital referrals in the pilot program in Alexandria, Egypt*. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, 2000.
- 109 Dawson P. Scale up of CCM implementation in Nepal. Présentation à la Madagascar Review and Inter-country Exchange on CCM, Madagascar, août 2008.
- 110 *Nepal Morang Innovative Neonatal Intervention Program (MINI 2)*. Arlington, VA, JSI Research and Training Institute, 2009.
- 111 Rosales A. Communication personnelle, mai 2007.

- 112 *World malaria report 2005*. Genève, Roll Back Malaria Initiative, 2005.
- 113 *Caring for the sick child in the community*. Genève et New York, OMS et UNICEF, 2010.
- 114 *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les régions à forte prévalence du VIH* (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242594379.cb_fre.pdf). Genève, OMS et UNICEF, 2009.
- 115 *Fighting pneumonia : philanthropy by design*. Eindhoven, Pays-Bas, Philips Design, 2009 (http://www.design.philips.com/philips/shared/assets/design_assets/pdf/nvbD/august2009/Fighting_pneumonia.pdf).
- 116 *Guidelines for the treatment of malaria*. Genève, OMS, 2006 (WHO/HTM/MAL/2006.1108).
- 117 PHC Wing, Ministry of Health, Pakistan. National program for FP & PHC (the LHWs program). Présentation à la Madagascar Country Review and Inter-country Exchange, Madagascar, août 2008.
- 118 *Improving child health through the accredited drug dispensing outlet program*. Arlington, VA, BASICS et Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus Program pour USAID, 2008.
- 119 Haxall K, Mohamud AI. International Rescue Committee. Communication personnelle. mai 2007.
- 120 George A. Nurses, community health workers, and home careers : gendered human resources compensating for skewed health systems. *Global Public Health*, 2008, 3(no. S1) :75–89.
- 121 *An analytical report on national survey of Female Community Health Volunteers of Nepal*. Kathmandu, Népal, et Calverton, MD, New ERA et Macro International, 2007.
- 122 Adapté du Statement prepared by the International Rescue Committee based on their programming experiences with male and female community distributors. IRC, 2006.
- 123 *External evaluation of the pilot phase of the home-based management of malaria program in Rwanda : final report*. Kigali et Washington, DC, Gouvernement du Rwanda, Programme national de contrôle du paludisme (Rwanda), USAID, BASICS et MSH, 2007.
- 124 Eilertsen J. Motivating top performers. *Dear workforce newsletter*, 13 avril 2006.
- 125 Herzberg F. One more time : how do you motivate employees ? *Harvard Business Review*, janvier–février 1968.
- 126 Gilbert V. Ministry of Health. Communication personnelle, août 2008.
- 127 Félicitée N. Ministry of Health. Communication personnelle, août 2008.
- 128 Kampo A. UNICEF. Communication personnelle, août 2008.
- 129 Regina C. Save the Children, Mozambique. Communication personnelle, août 2008.
- 130 The Bamako Initiative. In : *State of the world's children, 2008*. New York, UNICEF, 2008.
- 131 Revolving drug funds. In : Quick J, ed. *Managing drug supply : the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. 2e éd. Sterling, VA, Management Sciences for Health et OMS, 1997 :688.
- 132 Financing and sustainability issues. In : Quick J, ed. *Managing drug supply : the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. 2e éd. Sterling, VA, Management Sciences for Health et OMS, 1997 :605–710.
- 133 Niyitegeka F. Processus d'introduction des CTA dans la prise en charge de la fièvre dans la communauté au Rwanda. Présentation à la Madagascar Country Review and Inter-country Exchange, Madagascar, août 2008.
- 134 Mohamud AI. International Rescue Committee. Communication personnelle, mai 2007.
- 135 *Manual del facilitador para la capacitación de los comités comunitarios de transporte de emergencia en caso de complicaciones obstétricas* [Guide du facilitateur pour la formation de comités communautaires de transports d'urgence en cas de complications obstétriques]. Tegucigalpa, Honduras, Catholic Relief Services, 2004.
- 136 *The rapid health facility assessment (R-HFA)*. Child Survival Technical Support (CSTS+) Project, MEASURE evaluation, CORE Group. 2006.
- 137 Lovich R et al. *Partnership defined quality : a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement*. Westport, CT, Save the Children, USA, 2003.
- 138 Altobelli L. *ENLACE Project, 1996–2000, Otuzco-Julcan provinces, La Libertad, Peru : final project evaluation report*. Lima, Pérou, et Atlanta, GA, CARE Pérou et CARE International, 2000.

- 139 Franco LM et al. *Sustaining quality of healthcare : institutionalization of quality assurance*. Bethesda, MD, Quality Assurance Project pour USAID, 2002, QA Monograph Series 2(1).
- 140 Favin M et al. *Guidelines for developing home-based reminder materials : Helping Families Save Sick Children Project*. Millwood, VA, Project HOPE, CHANGE Project, et Manoff Group, 2004.
- 141 Comité de Secours Internationaux, Sud-Soudan.
- 142 Brookfield S. *Understanding and facilitating adult learning*. San Francisco, Jossey-Bass, 1986.
- 143 Chowdhury AMR, Cash R. *A simple solution : teaching millions to treat diarrhoea at home*. Dhaka, University Press Limited, 1998.
- 144 *Child health in the community : community IMCI—briefing package for facilitators*. Genève, OMS, UNICEF et CORE Group, 2004.
- 145 *Emphasis behaviors in maternal and child health : focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities*. Arlington, VA, BASICS pour USAID, 1997.
- 146 Baume C, Kachur SP. *Improving community case management of childhood malaria : how behavioral research can help*. Washington, DC, Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, 1999.
- 147 Taylor CE. *World Relief Mozambique Vurhonga II CSXV Child Survival Project : final evaluation report*. Federal Way, WA, décembre 2003.
- 148 Davis TP. *Care groups significantly reduce child mortality in Mozambique*. Présentation au congrès annuel de la American Public Health Association, Washington, DC, novembre 2007.
- 149 Davis TP. *The care group strategy : a strategy for rapid, equitable and lasting impact for maternal and child health programs in Mozambique*. Présentation au Sofala Child Survival Start-up Workshop, Food for the Hungry.
- 150 *HIV and infant feeding : update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and Their Infants, Geneva, 25–27 October 2006*. Genève, OMS, UNICEF, ONU / Joint United Nations Program on HIV / AIDS et UNFPA, 2006.
- 151 Disponible à <http://www.childsurvival.com/tools/surveys.cfm>.
- 152 *LIST : an evidence-based decision-making tool for estimating intervention impact*. Baltimore, MD, Institute of International Programs, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 2009 (<http://www.jhsph.edu/dept/ih/IIP/list/index.html>).
- 153 Rudan I et al. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(12) :895–903.
- 154 “Scale” and “scaling-up” : a CORE Group background paper on “scaling-up” maternal, newborn and child health services. Washington, DC, CORE Group, 2005.
- 155 Nine steps for developing a scaling-up strategy. Brouillon. Genève, OMS et ExpandNet, 9 novembre 2009.
- 156 *Positive deviance / hearth : a resource guide for sustainably rehabilitating malnourished children*. Washington, DC, CORE Group, 2003.
- 157 *Rapid diagnostic tests in malaria case management : planning, procuring and implementing— suggestions for incorporation of malaria RDT-based diagnosis into proposals to the Global Fund Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)*. Genève, OMS, Programme mondial contre le paludisme, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, parrainé par l'UNICEF, le PNUD, la Banque Mondiale et l'OMS. Modifié à partir de documents du Programme mondial contre le paludisme de l'OMS et du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, avril 2009.
- 158 International experts meet to discuss health threats due to global warming. Communiqué de presse. OMS, Région Pacifique occidentale, 28 juin 2007.
- 159 *Global action plan for the prevention and control of pneumonia (GAPP)* [compte rendu d'une consultation informelle, 5–7 mars 2007, La Mainaz, Gex, France]. OMS, UNICEF, Hib Initiative et pneumoADIP, 2007.
- 160 Wansi E, Swedberg E. Community case management (CCM) of childhood illnesses : improving the health of the most vulnerable children. Présentation. Washington, DC, BASICS Project, 11 avril 2009.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	i
Remerciements	iii
Acronymes et abréviations	vi
Section I : Introduction au guide et à la prise en charge des cas dans la communauté	1
La prise en charge des cas dans la communauté : une stratégie éprouvée qui vise à augmenter l'utilisation dans les communautés des interventions pour la survie de l'enfant qui sont basées sur des évidences	1
Objectif du guide	3
Aperçu de la PEC-C	4
La PEC-C a une justification solide	7
L'efficacité et la qualité de la PEC-C sont démontrées par des évidences	11
Malgré l'adhésion internationale et les éléments de preuve à l'appui, des questions se posent encore au sujet de la PEC-C	16
L'utilisation d'un cadre de résultats pour la prise de décision sur la PEC-C	17
Dix choses à retenir dans la planification et la gestion de la PEC-C	21
Boîte à outils : ressources pour une introduction à la PEC-C	24
Section II : Analyser la situation pour prendre des décisions	27
Une analyse de situation fournit des informations pour la planification d'une nouvelle initiative de PEC-C ou pour améliorer une initiative existante	27
Décider si les conditions sont réunies pour investir des ressources dans la réalisation d'une analyse de situation	27
Décider quels contextes spécifiques (districts) pourraient être appropriés pour la PEC-C et mener une analyse de situation	29
Aperçu d'une analyse de situation	30
Étape 1. Définir le but et les objectifs	32
Étape 2. Se familiariser avec les questions critiques dans la planification d'une analyse de situation	32
Étape 3. Définir la portée de l'analyse de situation : analyse de base, intermédiaire ou globale	35
Étape 4. Examiner les données existantes et collecter de nouvelles informations pour chaque élément du cadre de résultats élargi	38
Étape 5. Analyser et interpréter les données	44

Étape 6. Disséminer les résultats	45
Étape 7. Intégrer le feedback des parties prenantes	45
Étape 8. Préparer un plan d'action en réponse aux conclusions.....	46
Boîte à outils : Ressources pour une analyse de situation pour la PEC-C	51
Section III : Création d'un environnement social et politique favorable.....	85
Aperçu et définitions.....	85
Stratégies, interventions et activités visant à promouvoir un environnement social et politique favorable	88
Commencer à créer les conditions pour le changement de politique et l'institutionnalisation des programmes à travers le plaidoyer.....	89
Obtenir de l'appui au niveau du district.....	96
Développer les capacités organisationnelles	99
Créer des partenariats avec les communautés pour améliorer l'accès, la qualité, la demande et le potentiel pour la viabilité	100
Pour garantir la pérennité, considérer la viabilité financière dès le départ ...	109
Contrôler l'environnement	115
Boîte à outils : Ressources pour un environnement favorable	116
Section IV : Augmentation de l'accès, de la disponibilité des services et des systèmes d'approvisionnement pour la PEC-C.....	127
Aperçu et définitions.....	127
Stratégies, interventions et activités visant à accroître l'accès et la disponibilité.....	132
Sélection des interventions PEC-C : intégrées ou non ?.....	133
Déploiement des ASC	144
Assurer des médicaments et des fournitures pour la PEC-C.....	157
Construire un système de référence communautaire.....	175
Veiller et évaluer l'accès et la disponibilité	187
Boîte à outils : Ressources pour augmenter l'accès.....	189
Section V : Amélioration de la qualité de la PEC-C	193
Aperçu et définitions.....	193
Stratégies, interventions et activités pour augmenter la qualité	196
Développer des outils de travail qui correspondent aux directives du pays ..	198
Intégrer la supervision dès le début.....	203
Préparer une formation des ASC basée sur leurs responsabilités (description de poste)	213
Associer la communauté à l'amélioration de la qualité des programmes de PEC-C.....	223

Suivre la qualité et utiliser l'information pour améliorer le programme.....	223
Boîte à outils : Ressources pour améliorer la qualité de la PEC-C	228
Section VI : Augmentation de la demande des services de PEC-C et des comportements liés.....	231
Aperçu et définitions.....	231
Stratégies, interventions et activités visant à augmenter la demande.....	232
Créer un niveau élevé de sensibilisation en matière de la PEC-C et des ASC.....	233
Les techniques de conseil efficaces encouragent et renforcent les comportements des pourvoyeurs de soins	235
Ne pas oublier que la bonne qualité des soins en augmente la demande	242
Suivre et évaluer la demande.....	243
Boîte à outils : Ressources pour augmenter la demande.....	245
Section VII : Utilisation accrue des interventions PEC-C	247
Les stratégies, interventions et activités pour les quatre résultats intermédiaires ont-elles entraîné une utilisation accrue ?.....	247
Augmenter le recours à la PEC-C : l'expansion	253
Boîte à outils : Ressources pour l'utilisation accrue des interventions PEC-C	257
Section VIII : Orientations futures de la PEC-C.....	259
De vieilles questions nécessitent de nouvelles réponses	259
Débats actuels.....	260
Le rôle des nouvelles technologies	260
L'évolution épidémiologique	261
Les réseaux mondiaux	262
Références.....	263

Liste des encadrés

Encadré 1 : Interventions curatives de survie de l'enfant basées sur des évidences utilisées dans la PEC-C	5
Encadré 2 : Qui sont les agents de la PEC-C ?	6
Encadré 3 : La PEC-C génère des économies au Honduras	9
Encadré 4 : Dynamique croissante en faveur de la PEC-C en Afrique subsaharienne	11
Encadré 5 : Encore des éléments de preuve sur la qualité des prestations des ASC au Sénégal	13
Encadré 6 : L'OMS et l'UNICEF développent pour les ASC un programme de formation sur le traitement des enfants malades dans la communauté	15
Encadré 7 : Utiliser le cadre de résultats pour évaluer les obstacles à l'accès	19
Encadré 8 : Définitions : Directives, algorithmes et protocoles	21
Encadré 9 : Calcul des avantages potentiels de la PEC-C	28
Encadré 10 : Analyse et interprétation des données quantitatives	44
Encadré 11 : D'autres conseils pratiques pour les équipes d'analyse de situation	50
Encadré 12 : Messages de plaidoyer pour la PEC-C	92
Encadré 13 : Plaidoyer pour promouvoir la PCC en République démocratique du Congo	93
Encadré 14 : La politique globale multisectorielle de la PCIME au Malawi comprend la PEC-C	94
Encadré 15 : Conseils pour la conception des projets pilotes, des projets de démonstration ou de recherche opérationnelle en vue d'assurer la viabilité et l'extension des PEC-C	95
Encadré 16 : Démarrer là où le soutien est en place	97
Encadré 17 : Un prestataire de formation sanitaire parle des avantages de la PEC-C	99
Encadré 18 : Bien que lent et souvent difficile, le processus de plaidoyer contribue à la création d'un environnement favorable	113
Encadré 19 : Trois voies à l'intégration des interventions dans la PEC-C	133
Encadré 20 : Dispositifs pour compter les taux respiratoires	140
Encadré 21 : Conseils en provenance du Pakistan : ne pas surcharger l'agent	144
Encadré 22 : La PCIME dans des points de vente agréée de médicaments (PVAM) en Tanzanie	145
Encadré 23 : Arguments en faveur des femmes en tant qu'ASC	147
Encadré 24 : Processus de sélection et critères pour les ASC au Rwanda	149
Encadré 25 : Exemple d'un profil d'ASC dans une description de poste	150
Encadré 26 : Exemples de compétences de base des ASC	151
Encadré 27 : Exemple d'un code de conduite des ASC	151
Encadré 28 : Exemple d'un contrat ASC	152
Encadré 29 : Qu'est-ce qui motive les ASC au Rwanda ?	152
Encadré 30 : L'échelle d'avancement des ASC au Sénégal	155
Encadré 31 : Leçons tirées de l'expérience avec des incitations financières pour les ASC	156
Encadré 32 : Exemples de fournitures nécessaires à la PEC-C	160

Encadré 33 : Pourquoi se procurer des médicaments comme prévu dans les spécifications	164
Encadré 34 : Antipaludiques préemballés pour la PEC-C au Rwanda	167
Encadré 35 : Calcul de commandes au Sénégal	169
Encadré 36 : Réapprovisionnement : la fréquence et les modalités des commandes dépendent du contexte	169
Encadré 37 : Les leçons tirées des programmes pour la santé de la mère peuvent être utilisées dans la PEC-C	181
Encadré 38 : Faciliter la référence : des approches provenant du Mali, du Nicaragua et du Pérou	182
Encadré 39 : Conseils pour l'élaboration des outils de travail destinés aux ASC peu alphabétisés	199
Encadré 40 : Exemple d'une bonne supervision	205
Encadré 41 : Exemple de description de poste de superviseur PEC-C, Sud-Soudan	210
Encadré 42 : Les prestataires en établissement en tant que formateurs renforcent les liens avec la communauté et améliorent la qualité de supervision	213
Encadré 43 : Utiliser l'évaluation des résultats de formation pour sélectionner les ASC pour la PEC-C	214
Encadré 44 : La formation clinique dans des lieux différents	216
Encadré 45 : De petits groupes et un petit nombre de stagiaires par formateur	217
Encadré 46 : Conseils pour enseigner les compétences clés	217
Encadré 47 : Méthodes de formation interactives et ludiques	218
Encadré 48 : Différentes approches à la formation dans différents programmes	219
Encadré 49 : Suivi des stocks après les pluies	226
Encadré 50 : Les autorités présentent les distributeurs à leur communauté	234
Encadré 51 : Groupes de soins : une stratégie communautaire qui améliore le recours aux soins et réduit la morbidité et la mortalité	235
Encadré 52 : Élaboration des messages de conseil pour le traitement de la diarrhée chez l'enfant avec le zinc	237
Encadré 53 : Les visites de suivi et l'étiquetage de médicaments aident les ASC à s'assurer que les pourvoyeurs de soins comprennent les consignes d'utilisation des médicaments	239
Encadré 54 : Une explication claire et rigoureuse des informations sur les traitements	240
Encadré 55 : Développer la PEC-C de la pneumonie contribue à atteindre l'OMD 4 au Népal	255

Liste des figures

Figure 1 : Le fonctionnement de la PCIME au sein du ménage et dans la communauté	2
Figure 2 : Zones géographiques d'initiatives PEC-C des membres du CORE Group, 1998–2008.	10
Figure 3 : Illustration du cadre de résultats pour la PEC-C	18
Figure 4 : Cadre de résultats élargi aux stratégies et aux facteurs externes	31
Figure 5 : Deux équipes abordent les communautés : les signaux qu'elles envoient sont-ils différents ?	101
Figure 6 : Exemple d'une carte de communautés qui ont besoin de la PEC-C	129
Figure 7 : OMS / UNICEF—formulaire d'enregistrement de l'enfant malade	137
Figure 8 : À l'aide d'un minuteur, une ASC compte le nombre de respirations par minute pour vérifier les signes de pneumonie	141
Figure 9 : L'impact des exigences d'alphabétisation sur l'équilibre entre les sexes parmi les ASC.	146
Figure 10 : Sources de motivation.	153
Figure 11 : Formulaire de commande ASC, Sénégal	170
Figure 12 : Boîte de rangement ASC, Rwanda	171
Figure 13 : Boîte de rangement ASC.	171
Figure 14 : Fiche de stock, Sénégal	172
Figure 15 : Exemple de fiche de pointage picturale	174
Figure 16 : Formulaire de référence pour le programme PVAM, Tanzanie.	184
Figure 17 : Exemple de formulaire de référence et de contre-référence	185
Figure 18 : Exemple d'affichage des données montrant l'accès aux programmes de PEC-C.	188
Figure 19 : Différentes perspectives sur la qualité	193
Figure 20 : Exemple de diagramme, Rwanda.	200
Figure 21 : Formulaire d'enregistrement d'enfant malade, Rwanda	201
Figure 22 : Outil de travail pour rappeler aux ASC les signes de danger, Sud-Soudan.	202
Figure 23 : Fiche de contrôle de supervision et indicateurs de qualité correspondants, Sud-Soudan	207
Figure 24 : Fiche de supervision dans l'appareil électronique portatif	208
Figure 25 : Exemple de compilation faite par le superviseur des données de la qualité de la PEC-C.	224
Figure 26 : Qualité de la PEC-C par district (octobre à décembre 2007).	225
Figure 27 : Un groupe de soins au Mozambique	235
Figure 28 : Exemple de carte-conseil : la posologie et la fréquence d'acétaminophène.	238
Figure 29 : Exemples du matériel de rappel graphique pour la posologie et la fréquence	239
Figure 30 : Exemple de synthèse périodique des registres ASC par un superviseur.	251
Figure 31 : Exemple d'affichage de données sur l'observance du traitement et l'achèvement de la référence.	252
Figure 32 : Exemple d'affichage de données sur les taux de traitement	252

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison entre les coûts de traitement de la pneumonie à différents niveaux de soins dans les pays à revenu moyen et faible	9
Tableau 2 : Types d'analyses de situation.	35
Tableau 3 : Illustration des avantages et des inconvénients d'un projet pilote de PEC-C dans le district X.	48
Tableau 4 : Exemple d'une matrice de priorisation	49
Tableau 5 : Exemples d'indicateurs d'un environnement social et politique favorable	87
Tableau 6 : Avantages et inconvénients du travail avec les structures de gestion communautaire	106
Tableau 7 : Étapes à suivre pour la création d'un nouveau comité ou le renforcement d'un comité existant	106
Tableau 8 : Sujets de formation possibles pour une structure de gestion communautaire	108
Tableau 9 : Matrice pour analyser la rentabilité des activités de formation	110
Tableau 10 : Exemples d'indicateurs d'augmentation d'accès et de disponibilité d'interventions destinées à sauver des vies	130
Tableau 11 : Les médicaments couramment utilisés dans la PEC-C	142
Tableau 12 : Préparation des médicaments—Questions à prendre en considération pour la PEC-C.	143
Tableau 13 : Étapes de la gestion des médicaments et des fournitures	158
Tableau 14 : Avantages et inconvénients des différents points d'approvisionnement en médicaments utilisés par les ASC.	165
Tableau 15 : Gestion des données au sein de la PEC-C	188
Tableau 16 : Exemples d'indicateurs de qualité dans la PEC-C.	195
Tableau 17 : Éléments clés de la qualité dans le cadre de la PEC-C.	197
Tableau 18 : Avantages et inconvénients de différents profils de superviseurs	209
Tableau 19 : Exemples d'indicateurs de la demande des services de PEC-C et des comportements liés	232
Tableau 20 : Exemples d'indicateurs d'utilisation des interventions PEC-C.	248

LA PRISE EN CHARGE DES CAS DANS LA COMMUNAUTÉ: ÉLÉMENTS ESSENTIELS

Traitement des maladies courantes de l'enfant

GUIDE POUR LES GESTIONNAIRES DE PROGRAMME

Si les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont bien connues, les efforts pour protéger les enfants les plus vulnérables n'ont pas suivi le rythme de réalisation des objectifs mondiaux. Mais de plus en plus d'études suggèrent qu'une nouvelle approche pourrait ouvrir une brèche dans la mortalité infantile due aux fléaux les plus meurtriers: la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, l'infection du nouveau-né et la malnutrition. Connue sous le nom de la *Prise en charge des cas dans la communauté (PEC-C) des maladies de l'enfant*, cette approche déploie des agents de santé communautaires en vue d'identifier, de diagnostiquer et de traiter les enfants malades de façon efficace, en collaboration avec leurs familles.

Inspiré par l'ouvrage classique *Fondements de l'immunisation*, ce guide documente d'une manière méthodique ce qui est connu sur la PEC-C et explique comment faire fonctionner cette expérience. Tout d'abord, les gestionnaires de programme de santé sont initiés aux principes de base. Ensuite, *La prise en charge des cas dans la communauté: éléments essentiels* guide les lecteurs à travers le processus de conception et de gestion d'un programme de PEC-C de haute qualité. Résultat final: des vies de nouveau-nés, de nourrissons et d'enfants sauvées à travers le monde.