

ETUDE DES INTERACTIONS ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES ET CHANGEMENTS OBTENUS AU BENIN ET AU TOGO

STUDY OF THE INTERACTIONS BETWEEN THE DIFFERENT ACTORS OF COMMUNITY-DIRECTED INTERVENTION AND CHANGES IN BENIN AND TOGO

MALOU ADOM P. V.¹, MAKOUTODE Ch. P.², GNARO T.³, OURO-KOURA A.-R.⁴,
OUENDO E. M.⁵, NAPO-KOURA G.⁶, MAKOUTODE M.⁷

1- Centre de Formation en Santé Publique - Rue Adamé.

B.P.97 - Lomé - Togo.adomvicky@hotmail.com

2- Institut Régional de Santé Publique « Comlan Alfred Quenum » -

Route des Esclaves - BP 834 - Ouidah - Bénin.

makoutodepatrick@yahoo.fr

3- Centre de Formation en Santé Publique -Rue Adamé-

B.P.97 - Lomé - Togo, *romaricgnaro@yahoo.fr*

4- Centre de Formation en Santé Publique -Rue Adamé-

B.P.97 - Lomé - Togo, *ourahim@yahoo.fr*

5- Institut Régional de Santé Publique « Comlan Alfred Quenum » -

Route des Esclaves - BP 834 - Ouidah - Bénin.

euendo@yahoo.fr

6- Centre de Formation en Santé Publique - Rue Adamé -

B.P.97 - Lomé - Togo. *fgnapo@yahoo.fr*

7- Institut Régional de Santé Publique « Comlan Alfred Quenum » -

Route des Esclaves - BP 834 - Ouidah - Bénin.

makoutod@gmail.com

(Reçu le 17 Octobre 2016; Révisé le 10 Novembre 2016 ; Accepté le 16 Novembre 2016)

RESUME

Introduction : Pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires, les Etats ont retenu le profil des agents de santé communautaire de même et le rôle et responsabilité que chaque acteur doit jouer. L'objectif du présent travail est d'étudier les interactions entre ces différents acteurs et les changements obtenus dans la résolution des problèmes de santé communautaire au Bénin et au Togo.

Méthode : c'est une étude évaluative de type quasi-expérimental qui s'est déroulée dans six zones sanitaires au Bénin et dans cinq districts sanitaires au Togo choisis par hasard sur la liste des districts/zones par région/direction départementale en 2015. Les 7340 personnes concernées sont les Agents de Santé Communautaires (ASC) retenus de façon exhaustive, des chefs de ménages choisis de façon probabiliste et des membres de la communauté de même que les acteurs au niveau des services de santé. Il s'agissait d'une enquête en grappe. Les outils utilisés pour le recueil des données étaient des questionnaires, une grille d'observation et des fiches de dépouillement.

Résultats : Moins de 10% de chefs de villages arrivent à mobiliser des ressources pour la contribution à la motivation et à la reconnaissance des ASC. La quasi-totalité des agents de santé communautaires (ASC) est âgée de 18 ans et plus. Ils sont majoritairement de sexe masculin et leur niveau d'instruction se situe au secondaire et plus. Les chefs de ménages ont une perception acceptable de la qualité des prestations des ASC.

Seuls environ 60% des ASC ont été sélectionnés par leur communauté au cours d'une assemblée générale. Les chefs de ménages ont une connaissance acceptable des ASC et de leurs activités mais leur comportement favorable à la santé devant y découler reste faible. Dans les deux pays de l'étude, moins de 80% des ASC sont toujours présents en cas de besoins des ménages.

Discussion : la présence permanente des ASC en cas de besoins pouvait être améliorée si les membres des communautés les soutenaient financièrement ou en nature comme le stipule les documents de référence des deux pays.

Conclusion : L'obtention de meilleurs résultats passe par l'effort conjugué de toutes les parties prenantes des interventions sous directives communautaires dans l'exécution de leur rôle.

Mots clés : Interventions sous Directives Communautaires, acteurs, interactions, changement, Bénin, Togo.

ABSTRACT

Introduction: For the implementation of community-directed intervention, States have retained the profile of community health workers as well as the role and responsibility that each actor has to play. The objective of this paper is to study the interactions between these different actors and the result in the resolution of community health problems in Benin and Togo.

Method: It is an evaluative study of quasi-experimental type with its variant "here-elsewhere" which took place in six areas health in Benin and in five health districts in Togo chosen by chance on the list of districts/areas by region/direction departmental in 2015. The 7340 people involved are the Community Health Workers (CHWs) selected exhaustively, households selected in a probabilistic manner. There are also members of the community as well as those involved in health services. It was a cluster survey. The tools used for data collection were questionnaires, an observation grid and counting sheets.

Results: Less than 10% of Heads of villages come to mobilize resources for the contribution to motivation and recognition of the CHWs. Almost all community health workers (CHWs) are 18 years old and more. They are predominantly male and their level of education is located at the secondary level and more. Heads of households have an acceptable perception of the quality of the benefits of the CHWs

Only about 60% of CHWs were selected by their community at a general meeting. Heads of households have acceptable knowledge of the CHWs and their activities but their behavior favorable to health should there arise remains low In both study countries, less than 80% of CHWs are still present in case of household needs.

Discussion: Their permanent presence in case of needs could be improved if members of communities supported them financially or in kind as stipulated in the documents of reference of the two countries

Conclusion: Best results through effort combined all stakeholder community-directed intervention in the execution of their role.

Keywords: Interventions under Community Directives, actors, interactions, result, Benin, Togo.

INTRODUCTION

Les problèmes économiques des pays africains dans les années 1980, avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP), l'Initiative de Bamako (IB) a été adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé. Ses caractéristiques principales sont le

financement communautaire, la participation communautaire (RIDDE V et al 2004). Bien que l'approche communautaire ne soit pas complètement nouvelle en Afrique de l'Ouest, rares sont les pays dans lesquels cette initiative a été mise en application dans toute sa plénitude, alors que la Région Africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) où la charge de morbidité atteint 24% de la charge globale ne possède que 3% du personnel sanitaire mondial (2006). Durement

frappés par la migration du personnel de santé et les maladies, les pays africains ont également tendance à privilégier largement les populations urbaines, ce qui se traduit par la rareté, sinon le manque de formations sanitaires dans les zones rurales (PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE ONCHOCERCOSE 2007).

Cette insuffisance cruciale et grandissante de personnels de santé dont souffre toute la Région Africaine affaiblit les systèmes nationaux de santé et hypothèque les efforts des pays pour l'accès universel aux soins et services de santé recommandé par les stratégies mondiales et régionales (OMS, 2008). Une action urgente et axée sur les résultats s'impose. Il faut cependant, élaborer des stratégies qui faciliteront l'accès des populations défavorisées aux interventions efficaces qui existent dans le domaine de la santé.

Déjà en 1995 à travers le Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) dans la lutte contre l'onchocercose, la participation communautaire a fait ses preuves dans les populations rurales africaines en favorisant l'élimination de la maladie (OMS, 2009). C'est dans ce sens que, l'expérience du Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) constitue une leçon de grande valeur à capitaliser. Dès lors, dans plusieurs pays africains, les distributeurs communautaires

d'Ivermectine ont été utilisés dans la mise en œuvre conjointe de la lutte contre l'onchocercose et d'autres interventions sanitaires (Programme Africain de Lutte Contre Onchocercose 2010).

Le Bénin et le Togo ne sont pas restés en marge de cette réalité. Chaque partenaire ou chaque programme a ses agents de santé communautaires. Pour harmoniser les interventions, depuis 2008 au Bénin et 2009 au Togo, les documents de références en santé communautaire ont été élaborés, situant les rôles des différents acteurs.

L'objectif du présent travail est d'étudier les interactions entre les différents acteurs des Interventions sous Directives Communautaires et les changements obtenus dans la résolution des problèmes de santé communautaire. Cette étude est réalisée par les appréciations du rôle d'APOC, des rôles des acteurs du niveau district ou zone sanitaire et de ceux de la communauté et enfin par les changements ou résultats obtenus.

1. Cadre et méthode d'étude

1.1. Cadre d'étude

L'étude se déroule dans les zones sanitaires au Bénin et dans les districts sanitaires au Togo. Le Bénin et le Togo sont des Etat de la région ouest africaine situés dans le golfe de Guinée.

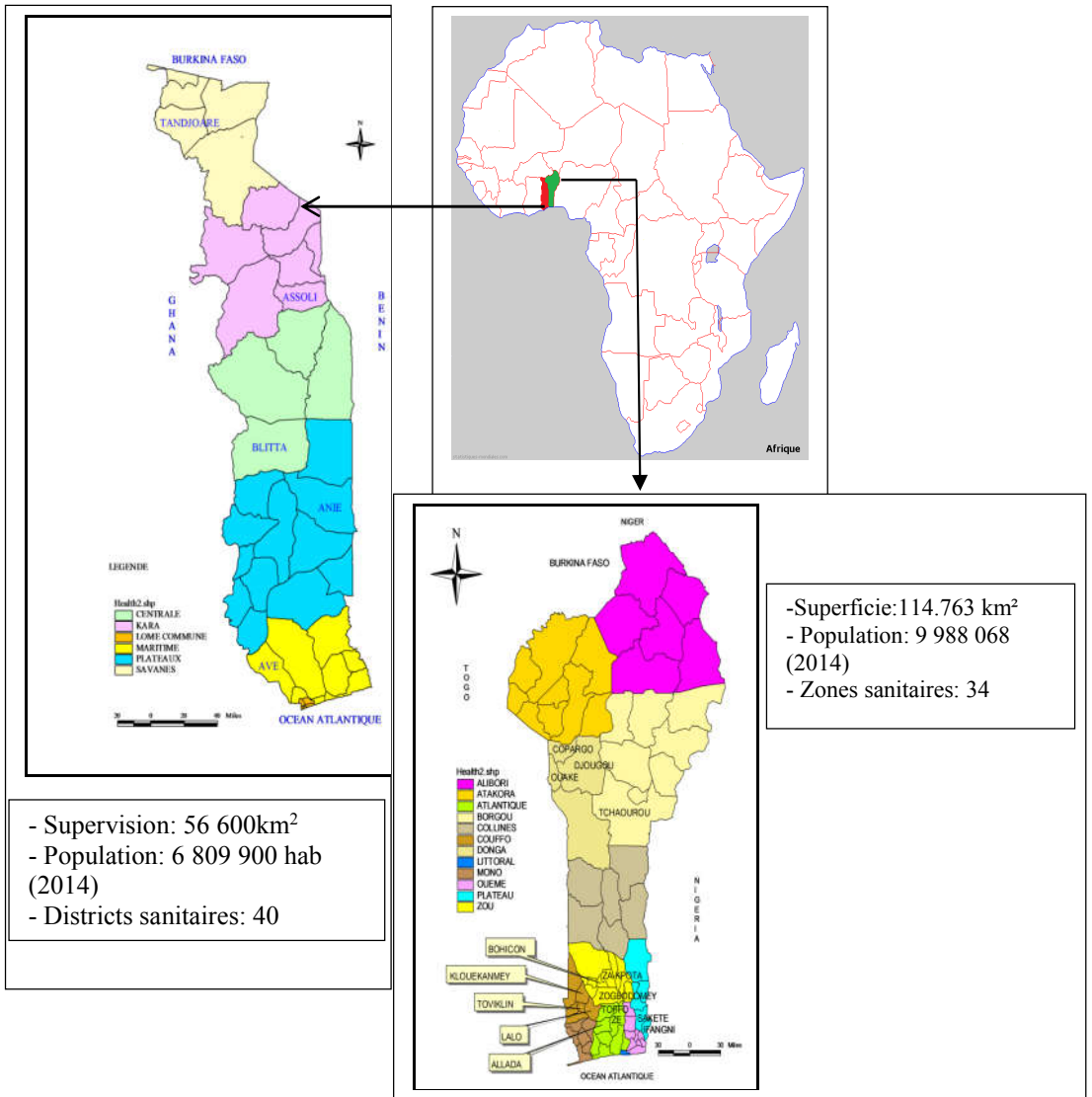


Figure 1 : zones et districts sanitaires enquêtés au Bénin et au Togo en 2015

1.2. Méthode et population d'étude

Il s'agit d'une étude évaluative de type quasi-expérimental dans sa variante « ici-ailleurs » qui s'est réalisée sur une intervention continue non mise en place par nous au Bénin et au Togo en 2014 et en 2015. L'étude s'est déroulée dans six zones sanitaires au Bénin et cinq districts sanitaires au Togo. Elle a porté sur des Agents de Santé Communautaire (ASC) retenus de façon exhaustive, les membres des Comités Villageois de Développement (CVD), les membres des Comités de Gestion de santé (GOCES ou COGECS) et les praticiens de la médecine traditionnelle sélectionnés par commodité, les points focaux de district/zone des programmes à l'étude ou membres d'équipes-cadre de districts/zones, les responsables de formations sanitaires et les chefs de cantons ou de villages retenus par choix raisonné. Les ménages ont été sélectionnés au sein des villages par la méthode des itinéraires dans des villages choisis par la technique de sondage en grappe. La taille de l'échantillon est 7340 personnes. Les variables à l'étude ont été, le rôle de chacun des acteurs, la connaissance et le comportement des chefs de ménages (homme ou femme) pour la résolution des problèmes de santé au niveau communautaire, les caractéristiques relatifs aux normes de choix des Agents de Santé Communautaire et leur aptitude ainsi que la perception des ménages sur la qualité de prestation des ASC. Les documents de références des pays à l'étude ont servis de base pour la sélection des rôles des acteurs (Ministère de la Santé Bénin 2010 et Ministère de la Santé Togo, 2009). Les variables ont été appréciées sur la base d'un ensemble de critères retenus spécifiques à chaque variable. Pour la cotation des variables, nous nous sommes conformés à la loi de Bernoulli qui code le résultat d'une épreuve qui n'admet que deux issues : 1 pour « succès », 0 pour « échec » (ANCELLE T., 2011).

Dans l'étude, est considéré comme succès une réponse attendue ou quand 80% et plus des

répondants ont donné la réponse attendue et comme échec une réponse non attendue quand moins de 80% des répondants ont donné une réponse attendue. La somme des scores obtenus a permis d'apprécier chaque variable. Le score total attendu pour la variable connaissance est égale à 9, celui de la variable comportement est 10 et la perception des ménages sur la qualité de prestation des ASC a un score égal à 15. Quant aux caractéristiques relatives aux normes de choix des ASC, le score est égal à 10 et celui de leur aptitude est 10. Pour le rôle des acteurs, le score total attendu des membres d'équipes cadres de districts/zones ou des points focaux de santé est 7 et celui des responsables de structure de santé est 5, celui des acteurs de la communauté est 19.

L'échelle d'appréciation de ces variables, a été adaptée à celle de Corlien M. VARKEVISSER utilisée avec indice de satisfaction qui est jugée: Bonne si $[80 \geq \text{score} \leq 100\%]$; acceptable si $[60 \geq \text{score} < 80\%]$; mauvaise si $[0 \geq \text{score} < 60\%]$ (KIT/IDRC/AFRO/OMS 2003).

Les données de l'étude ont été recueillies par l'administration des questionnaires, l'utilisation des fiches d'exploitation de documents qui ont été pré testés, par les équipes de 10 enquêteurs dans chaque pays. Ces données sont celles de l'année 2014 et celles du premier semestre 2015.

Les données recueillies ont été contrôlées puis saisies et analysées avec le logiciel CSpro 5.0. Le protocole de recherche a été soumis aux comités d'éthique des deux pays qui ont donné leur accord.

Les sujets enrôlés dans l'étude sont informés des implications liées à leur participation, et rassurés sur la confidentialité devant entourer les informations personnelles recueillies. Le consentement éclairé était écrit.

2. RESULTATS

2.1. Description de l'échantillon

Les données ont été collectées dans 174 villages au Bénin et 140 au Togo auprès des acteurs résumés dans le tableau I ci-après.

Tableau I : différents acteurs impliqués dans les Interventions sous Directives Communautaires au Bénin et au Togo en 2015

Acteurs	Bénin		Togo		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Niveau district						
Membre équipe cadre/point focal	6	0,1	5	0,1	11	0,2
Responsable de structure de santé	60	1,4	32	1,1	92	1,3
Niveau communautaire						
- Chef de canton ou de village	158	3,7	80	2,6	238	3,2
- Membre CVD	117	2,7	48	1,6	165	2,3
- Membre COGECS/COGES	84	1,9	52	1,7	136	1,9
- Praticien médecine traditionnelle	128	3,0	35	1,2	163	2,2
- Ménages	3560	82,4	2590	85,8	6150	83,8
Agents de santé communautaires	208	4,8	177	5,9	385	5,2
TOTAL	4321	100,0	3019	100,00	7340	100,00

Légende : CVD (Comité Villageoise de Développement) ; COGECS/COGES (Comité de Gestion des Centres de santé)

2.2. Rôles des acteurs des Interventions sous Directives Communautaires

2.2.1. Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose

Le Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC), qui a été créé en 1995, a débuté avec un défi majeur : comment organiser la distribution de masse d'un médicament, fourni gratuitement, à tous ceux qui en ont besoin dans toutes les zones endémiques dont beaucoup sont éloignées des centres de santé urbains. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le PNUD, et le Programme spécial de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales (TDR) financé par la Banque Mondiale, travaillant de concert avec des chercheurs Africains ont trouvé une solution qui consistait à la prise en charge et le contrôle de la distribution du médicament par les communautés mêmes des zones affectées. Ils l'ont baptisé "Traitement sous Directives Communautaires" (TIDC). Déjà en 2006, en

utilisant cette stratégie, 46,2 millions de personnes vivant dans les pays endémiques ont été traités par des distributeurs de médicaments formés qui ont été choisis par les communautés en leur sein (Programme Africain de Lutte Contre Onchocercose 2007). Cette stratégie a fait ses preuves dans les populations rurales africaines en favorisant l'élimination de l'onchocercose. Dès lors, dans plusieurs pays africains, les distributeurs communautaires d'Ivermectine ont été utilisés dans la mise en œuvre conjointe de la lutte contre l'onchocercose et d'autres interventions sanitaires telles que la distribution de moustiquaires imprégnées pour lutter contre le paludisme, le traitement de la filariose lymphatique, la supplémentation en vitamine A, la lutte contre les géohelminthiases, les soins ophtalmologiques primaires et la vaccination (Centre For Neglected Tropical Diseases "News For Africa. 2010). Cette expérience réussie est partagée et utilisée par les différents

programmes de lutte contre les maladies au Bénin et au Togo.

2.2.2. Les acteurs de districts/zones sanitaires

2.2.2.1. Membres des équipes cadres de district/zone et les points focaux des programmes de santé

Ces acteurs ont pour rôles l'appui à la mobilisation des communautés, à la sélection des ASC, à leur formation et à leur supervision. En plus ils doivent signer un contrat avec les ASC, coordonner leurs activités, intégrer les données qu'ils produisent aux rapports d'activités du district et les utiliser pour une prise de décision. Tous les acteurs des deux pays appuient à la mobilisation des communautés, à la sélection des ASC et à leur formation et supervision. Dans aucun district/zone sanitaire un contrat a été signé avec le ASC avant leur début de

travail. Seul au Togo les données produites par les ASC sont intégrées aux rapports d'activités du district et utilisées pour une prise de décision.

Les scores obtenus au Bénin et au Togo pour l'appréciation du rôle des membres des équipes cadres de district/zone ou des points focaux des programmes de santé dans les IDC sont compris respectivement entre [60-80%] du score total (8) soit [5-6] pour le Bénin et entre [80%-100%] soit [6-8] pour le Togo. En se référant à l'échelle d'appréciation retenue, le rôle joué par ces acteurs est **acceptable** au Bénin et **bon** au Togo.

2.2.2.2. Responsables de structure de santé

Les responsables de structures sanitaires sont impliqués directement dans les activités des ASC. Leurs rôles et responsabilités sont représentés par la figure 2.

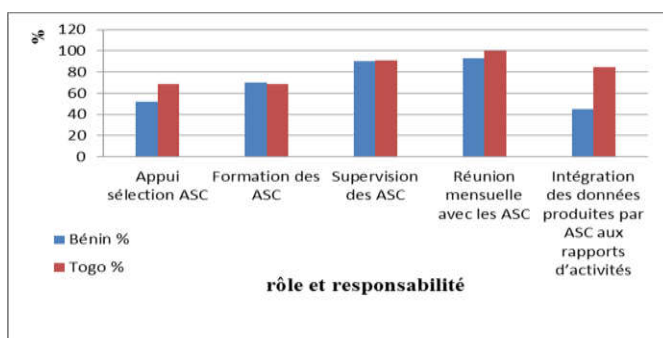


Figure 2 : rôle et responsabilité des responsables de structure de santé dans les IDC au Bénin et au Togo de 2014 à 2015

2.2.3. Les acteurs du niveau communauté

Le rôle des acteurs de la communauté (chefs de villages, membres des comités villageois de développement, les membres des comités des centres de santé) dans les interventions sous directive communautaire consiste à la mobilisation des communautés, la mobilisation des ressources locales, la participation au processus de sélection des ASC, à la contribution à la récompense/rémunération des ASC et à la participation aux réunions de suivi.

Au Togo plus de 80% de chefs de villages et des membres des comités villageois de développement ont joué ces rôles à l'exception de la mobilisation des ressources locales et de la contribution à la récompense/rémunération des ASC. Quant aux membres des comités des centres de santé il n'y a qu'à la mobilisation de la communauté qu'ils avaient participé à 100%. Au Bénin, moins de 80% de tous ces acteurs ont joué ces rôles à l'exception des chefs de villages qui selon 88% mobilisent leurs communautés pour les IDC.

Pour ce qui concerne les autres acteurs, au Bénin seuls 49% de praticiens de la médecine traditionnelle réfèrent des cas de maladies aux ASC. Ce taux est de 14,3% au Togo. Les maladies pour lesquelles ils réfèrent sont l'anémie et la forte fièvre chez les enfants. Les chefs de ménages qui consultent un ASC en cas de maladie dans les deux pays représentent environ 60%. Pour la sélection des ASC seuls 35% de chefs de ménages au Bénin et 26% au Togo ont déclaré y participés. Pour l'appréciation du rôle des acteurs du niveau communautaire et au Togo le score obtenu, au Bénin est égal à un et à huit au Togo. ces scores sont compris entre [0-60%[

du score total attendu soit entre [0-11]. En se référant au l'échelle d'appréciation retenu, ces acteurs communautaires jouent un mauvais rôle dans les IDC.

3. Changement (résultats) obtenu dans les interactions des différents acteurs des IDC
3.1. Caractéristiques des ASC selon les normes de sélection

La figure 2 rapporte les proportions des ASC selon les différents critères de sélection retenus par le Bénin et le Togo. Pour l'ensemble des deux pays, seuls les critères « sexe » et « sélectionné par la communauté » ont eu un taux inférieur à 80%.

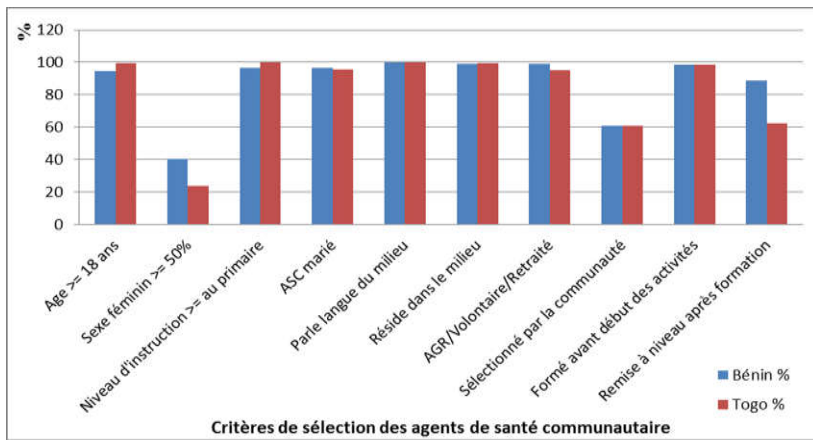


Figure 3 : répartition des ASC selon les critères de sélection au Bénin et au Togo en 2015

3.2. Aptitude des agents de santé communautaires

Au Bénin le niveau de l'aptitude des ASC est acceptable dans trois zones sanitaires avec un score compris entre [60-80% [du score total attendu (10) soit entre [6-8[et mauvais dans trois zones avec un score compris entre [0-60% [soit entre [0-6[.

Au Togo dans deux districts sanitaires l'aptitude des ASC est acceptable avec un score compris entre [60-80% [du score total attendu (10) soit entre [6-8], et mauvais dans trois districts avec un score compris entre [0-60%[soit entre [0-6[.

Le résultat global deux pays est présenté dans le tableau ci-après :

Tableau II : Aptitude des ASC issue de leur interaction avec les différents acteurs des Interventions sous Directives Communautaires au Bénin et au Togo en 2016

Variables	Bénin			Togo			P-value
	(n=208)			(n=177)			
	n	%	Score	n	%	Score	
Compréhension du sens de sa tâche	194	93,3	1	171	96,6	1	0,214
Etablissement de calendrier de travail	124	59,6	0	57	32,2	0	10 ⁻⁵
Prise en charge des cas selon le protocole	183	88	1	110	62,1	0	10 ⁻¹⁰
Cas revus pour suivi de soins	184	88,5	1	52	29,4	0	10 ⁻¹⁰
Recherche active des cas	150	72,1	0	103	58,2	0	0,005
Référence des cas	152	73,1	0	149	84,2	1	0,012
Organisation visites à domicile	192	92,3	1	154	87	1	0,121
Elaboration rapports mensuels d'activités	160	76,9	0	136	76,8	0	0,919
Application recommandations supervisions	164	96	1	134	84,3	1	0,0007
Participation aux réunions à la structure de soins	191	91,8	1	171	96,6	1	0,048
TOTAL SCORE ATTENDU	10						
SCORE OBTENU	6						5

Le score obtenu par les deux pays pour l'appréciation l'aptitude des ASC est compris entre [0-60% [du score total attendu (10) soit entre [0-6]. En se référant au l'échelle d'appréciation retenu, le rôle joué par ces ASC pour la résolution des problèmes de santé dans les deux pays est mauvais.

3.3. Niveau de connaissance des ménages sur les maladies des différents programmes de santé

Au Bénin le niveau de connaissance des chefs de ménages pour deux zones sanitaires est bon avec un score compris entre [80-100%

du score total attendu (9) soit entre [7-9], acceptable pour trois zones avec un score compris entre [60-80% [soit entre [5-7] et mauvais pour une zone avec un score compris entre [0-60% [soit entre [0-5].

Au Togo dans deux districts sanitaires les chefs de ménages ont un niveau de connaissance bon avec un score compris entre [80-100%] du score total attendu (9) soit entre [7-9], acceptable pour trois districts avec un score compris entre [60-80%] soit entre [5-7]. Le résultat global deux pays est présenté dans le tableau ci-après.

Tableau III : répartition des ménages selon leur niveau de connaissance à l'issue de leur interaction avec les ASC au Bénin et au Togo de en 2015

Variables		Bénin			Togo			P-value
		n	%	Score	n	%	Score	
Connaissance des ASC de la localité	Oui	3267	91,8	1	2281	88,1	1	0,00000
	Non	293	8,2		309	11,9		
	Total	3560	100,0		2590	100,0		
Connaissances des activités ASC	Oui	3201	98,0	1	2275	99,7	1	0,00000
	Non	66	2,0		6	0,3		
	Total	3267	100,0		2281	100,0		
Entretien avec ASC sur des maladies	Oui	2392	73,2	-	1881	82,5	-	0,00000
	Non	875	26,8		400	17,5		
	Total	3267	100,0		2281	100,0		
Mode transmission de maladie(s)	Oui	2371	99,1	1	1830	97,3	1	0,00000
	Non	21	0,9		51	2,7		
	Total	2392	100,0		1881	100,0		
Signes cliniques de maladies	Oui	2367	99,0	1	1740	92,5	1	0,0000
	Non	25	1,0		141	7,5		
	Total	2392	100,0		1881	100,0		
Mesures de préventions connues pour éviter maladies	Oui	2356	98,5	1	1721	91,5	1	0,00000
	Non	36	1,5		160	8,5		
	Total	2392	100,0		1881	100,0		
Connaissance d'au moins deux maladies à éviter par vaccination	Oui	2500	70,2	0	1576	60,9	0	0,00000
	Non	1060	29,8		1014	39,1		
	Total	3560	100,0		2590	100,0		
Connaissance de sels de réhydratation orale	Oui	2015	59,4	0	1384	57,2	0	0,451
	Non	1252	40,6		897	42,8		
	Total	3267	100,0		2281	100,0		
Connaissance au moins deux signes généraux de maladies	Oui	3117	87,6	1	2342	90,4	1	0,0004
	Non	443	12,4		248	9,6		
	Total	3560	100,0		2590	100,0		
TOTAL SCORE ATTENDU							10	
SCORE OBTENU							6	6

Le score obtenu pour l'appréciation du niveau de connaissance des chefs de ménages au sujet des ASC et de leurs activités au Bénin et au Togo est compris entre [60-80%] du score total attendu soit entre [5-7]. En se référant à l'échelle d'appréciation retenu, la connaissance des chefs de ménages au sujet des ASC et de leurs activités au Bénin et au Togo est acceptable.

3.4. Niveau de comportements des ménages face aux interventions des différents programmes de santé

Au Bénin le niveau de comportement des chefs de ménages dans toutes les zones

sanitaires est mauvais avec un score compris entre [0-60%] [du score total attendu soit entre [0-5] ; ce score est de un pour deux zones et de trois (3) pour quatre zones.

Le niveau de comportement des chefs de ménages dans tous les districts sanitaires au Togo est mauvais avec un score compris entre [0-60%] du score total attendu soit entre [0-5] ; ce score est égal à dans deux districts de un dans également deux autres districts et de deux (2) dans un district. Le résultat global des deux pays est présenté dans le tableau VI.

Au Bénin tout comme au Togo, 60% des chefs de ménages qui ont eu un membre malade au cours des trois derniers mois précédents l'enquête ont consulté un ASC. Parmi ces derniers, dans les deux pays 40% environ l'on fait en premier recours.

Au Bénin dans 63,4% de ménages on n'avait pas observé d'herbes aux alentours de la concession et 72,2% n'avaient pas de récipients usagers vides. Dans les ménages au Togo, ces taux sont respectivement de 38,6% et 83,7%.

Aménagement d'un dépotoir aux alentours des ménages n'a été remarqué que dans 56% de ménages.

Pour 93,5% chefs de ménages au Bénin et 80,1% au Togo la naissance de leurs derniers enfants de moins de cinq ans a eu lieu dans une structure sanitaire.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : la vérification du carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations du chef ménage quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. Au Bénin dans 78,7% ménages, les enfants âgés de moins de cinq ans ont été complètement vaccinés d'après les informations obtenues à partir du carnet de vaccination et seulement 19,3% selon les déclarations de la mère. Lorsqu'on combine les deux sources, 96,5% ont été complètement vaccinés. Par contre au Togo seulement dans 48,5% de ménage ont été complètement vaccinés d'après les informations obtenues à partir du carnet de vaccination et 42,5% selon les déclarations des chefs ménages. Les informations des deux sources donnent un taux de 86,7%.

Parmi tous ces éléments d'appréciation, seul le lieu accouchement du dernier enfant de moins de 5 ans dans une structure de soins a été satisfait par plus de 80% des ménages au Bénin et au Togo.

L'appréciation du comportement des ménages au Bénin et au Togo a été faite par des dix facteurs. Seuls les différents facteurs d'appréciation du comportement ayant eu une réponse attendue chez au moins 80% des chefs ménages étaient considérées comme succès. Ainsi, seul un facteur a répondu à cette exigence donc, le score obtenu pour l'appréciation du comportement des ménages au Bénin et au Togo est compris entre [0-60% [du score total attendu (10) soit entre [0-6[. En se référant à l'échelle d'appréciation retenue, le comportement des ménages face aux interventions des différents programmes de santé menés par les ASC au Bénin et au Togo est mauvais.

3.5. Perception des ménages de la qualité des prestations des ASC

Dans tous les districts au Togo, les ménages ont une perception acceptable de la qualité des prestations des ASC. Les scores obtenus sont compris entre [60-80%[du score total attendu (15) soit entre [9-12[.

Au Bénin la perception des ménages de la qualité des prestations des ASC est acceptable dans quatre zones sanitaires avec scores compris entre [60-80%[du score total attendu (15) soit entre [9-12[et mauvais dans deux zones ayant obtenus un score compris entre [0-60%[soit entre [0-9[. Le tableau VII rapporte les résultats globaux deux pays.

Tableau IV : perception des ménages sur la qualité des prestations des ASC au Bénin et au Togo en 2015

Variables	Bénin (n=3267)			Togo (n=2281)		
	n	%	Score	n	%	Score
Présence de l'ASC toujours en cas de besoin	2429	74,3	0	1486	65,1	0
Temps pour arriver chez ASC ≤ 30 mn	2906	89	1	1963	86,1	1
Respect de l'intimité	2437	73,9	0	1714	75	0
Confidentialité des informations reçues	2786	85,3	1	1748	76,6	0
Soins et services offerts conforme aux attentes	2908	89	1	2155	94,5	1
Disponibilité des médicaments	2149	65,8	0	1091	47,8	0
Gratuité des soins et services	2899	88,7	1	2108	92,4	1
Soins et services offerts conformes aux normes culturelles	3119	95,5	1	2245	98,4	1
Soins et services sans discrimination d'origine familiale ou de quartier	3103	95	1	2199	96,4	1
Courtoisie de l'ASC dans l'exercice de son travail	3187	97,6	1	2257	98,9	1
Explication sur la maladie	2169	66,4	0	1578	69,2	0
ASC donne le temps de poser questions	1991	60,9	0	1107	48,5	0
Explication prise des médicaments	3113	95,3	1	2209	96,8	1
Efficacité du traitement	3086	94,5	1	2170	95,1	1
Réaction secondaire après traitement	3212	98,3	1	2140	93,8	1
SCORE TOTAL ATTENDU		15			15	
SCORE OBTENU		10			9	

Les deux pays (Bénin et Togo) ont eu un score compris entre [60-80%] du score total attendu (15) soit entre [9-12]. En se référant à l'échelle d'appréciation retenue, les chefs de ménages ont une perception acceptable de la qualité des prestations des ASC.

4. DISCUSSION

3.6. De la qualité et de la validité des résultats de l'étude

Le choix des ménages a été probabiliste et celui des ASC exhaustif. L'échantillonnage est représentatif.

Les fichiers de la cartographie des ASC utilisés pour déterminer l'effectif à enquêter datent de 2013 pour certains district/zone sanitaire et de 2014 pour d'autres. Dans certains districts/zones sanitaires, l'effectif des ASC retrouvé était en deçà de celui inscrit sur les documents. Le nombre total des ASC investigués dans les deux pays était de 385. Le total prévu était de 596. Ce t'écart de 211 ASC s'explique par le fait que : trois ASC n'habitaient plus la localité, 48 appartenaient à 16 villages difficiles d'accès,

22 étaient partis soit dans d'autres villages pour des travaux champêtres pour au moins trois jours, soit à la ville pour des courses, 12 ont abandonnés les activités et 58 n'offrent que le paquet minimum et sont dans l'attente d'une formation pour l'offre du paquet complet. Les 68 restants représentent les ASC inscrit sur les fichiers de cartographie mais non retrouvés dans les communautés. Quant aux chefs de ménages enquêtés, ils étaient de 6150 au lieu de 6600. Cette différence est due à une difficulté d'accès à 16 villages et à l'absence des habitants dans certains ménages pour travaux champêtres. Ceci constitue une des limites de l'étude qui est la période retenue pour la collecte des données.

Les membres des CVD, les membres des GOCES/COGECS et les praticiens de la médecine traditionnelle ont été retenus par commodité pour des raisons pratiques. Cette technique peut être une limite à l'étude pour le fait que l'échantillonnage de ces cibles pourrait ne pas être très représentatif de leur population à étudier. Les points focaux des

programmes à l'étude ou les membres d'équipes-cadre, les personnels de santé directement impliqués dans les IDC dans les structures sanitaires et les chefs de cantons ou de villages étant les plus à même de fournir les informations désirées, ils ont été sélectionnés par choix raisonné.

Les biais d'information liés à l'administration des outils demandant la traduction de la langue française en langue locale ont été minimisés par le choix des enquêteurs et par la triangulation des techniques de collecte des données. Ces enquêteurs qui ont un ancrage culturel comprennent et parlent en plus du français au moins deux langues les plus parlées du pays.

3.7. Des rôles des acteurs des Interventions sous Directives Communautaires

Au Bénin comme au Togo, les documents de références ont définis clairement le rôle des différents acteurs impliqués dans les interventions sous directives communautaires.

3.7.1. Acteurs du niveau district et formation sanitaire

De façon globale, les acteurs des districts/sones sanitaires que sont les membres des équipes cadres et les points focaux des programmes de lutte contre les maladies ont joué un rôle d'une manière acceptable au Bénin et bonne au Togo.

Il n'y a pas de signature de contrat entre les ASC et les districts/zones comme le prévoient les documents de référence de santé communautaire du Bénin (2010) et du Togo (2009).

Les responsables de formations sanitaires (dispensaires ou centres de santé) sont les premiers agents de santé directement impliqués dans les activités des ASC.

Au Togo les données produites par les ASC sont intégrées dans les rapports mensuels d'activités du district et sont utilisées pour l'élaboration des plans d'actions annuels. Ceci ne se fait pas au niveau des districts au Bénin.

Les réunions mensuelles organisées à la formation sanitaire sont généralement sous la responsabilité du représentant du partenaire. Pour ces derniers, ces réunions servent de technique de coordination des activités des ASC. Les rapports d'activités mensuelles des ASC y sont collectés et un feed-back verbal est donné à chacun par le responsable du partenaire.

Pour motiver les ASC dans leur travail, dans 98% des villages au Togo, les membres des comités de gestion en collaboration avec le responsable de la formation sanitaire offrent une collation à la fin des réunions mensuelles.

Moins de 80% de responsables de formations sanitaires appuient les communautés dans la sélection des ASC et dans leur formation. Ces deux rôles sont beaucoup plus joués par les membres des équipes cadres de districts/zones.

En effet il est observé que la quasi-totalité des responsables de formations sanitaires n'est nullement associé à la gestion des ASC. Ces derniers font leur travail et rendent directement compte à leur partenaire d'appui laissant ainsi hors circuit les chefs postes qui sont pourtant sollicités en cas de référence des malades.

3.7.2. Acteurs du niveau communauté

Il a été relevé dans notre étude que les acteurs communautaires ont joué un mauvais rôle dans les interventions sous directives communautaires au Bénin et au Togo.

Au Bénin, seuls les chefs de villages mobilisent leur communauté dans les IDC. Moins de 80% de chaque catégorie d'acteur communautaire ont déclaré participer à la sélection des ASC et aux réunions de suivi de leurs activités. Les raisons de non-participation à la sélection des ASC évoquées par ces acteurs sont qu'ils ne sont souvent pas invités lors de la sélection ou que les ASC sont imposés par l'agent de santé.

Par contre au Togo la mobilisation des communautés se fait de façon collégiale entre les membres des Comités de Gestion et ceux

des Comités Villageoises de Développement dont plus de 80% ont déclaré participer également à la sélection des ASC. Le choix des agents de santé communautaires par les membres de la communauté a été également une réalité au Ghana dans une étude sur le rôle de la participation communautaire dans le traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants. Ceci avait permis d'atteindre un haut niveau de participation, d'acceptation et de réussite de l'intervention (Kpormegbe SK et al, 2014 et (Ndiaye SM et al, 2014).

La contribution des communautés à la récompense/rémunération des ASC n'est pas encore une évidence dans les deux pays. Tous les chefs de communautés au Togo ont déclaré ne pas le faire. Certains pensent que cela relève de la responsabilité de l'Etat. D'autres déclarent que les ASC sont déjà payés et ne trouvent pas nécessaire qu'il faille encore mobiliser des ressources pour eux alors qu'eux-mêmes n'en ont pas assez. Cela peut être la conséquence du mécanisme de planification et de mise en œuvre des interventions qui a peu associé les acteurs du niveau communautaire comme l'a prévu le document de l'OMS sur le cadre pour la conception des IDC (2009). Ceci a été confirmé dans une étude sur les connaissances et attitudes des Organisations de la Société Civile (OSC) en Côte d'Ivoire où ils ont trouvé la vaccination n'a pas été rejetée par les dirigeants des OSC, mais leur manque de participation à la mise en œuvre de la PEV pourrait induire des erreurs et les amener à croire les rumeurs et à refuser la vaccination de leur communauté (Yao GH et al, 2014).

3.8. Du changement obtenu dans les interactions des différents acteurs des IDC

3.8.1. Caractéristiques des ASC selon les normes de sélection

Chaque pays a des normes que les communautés sous la direction du personnel de santé doivent respecter pour le choix des ASC.

Seuls environ 60% des ASC au Bénin et au Togo ont été sélectionnés par leur

communauté au cours d'une assemblée générale. Ce taux est plus bas de 36,8 % dans une étude sur qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin (MALOU ADOM PV et al, 2014). Cette différence peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui est plus élevée dans notre étude. Elle peut être également due à la cible qui est tous les ASC et non seulement ceux de PCIME-Communautaire dans cette dernière étude. Par contre dans d'autres expériences, comme en Ouganda, la totalité des agents d'exécution communautaires ont été désignés au cours des réunions des villages en présence des dirigeants communautaires et du personnel de santé (OMS, 2009).

Tout comme dans notre étude, en République Démocratique de Congo (RDC) dans une étude sur l'apport des relais communautaires dans l'amélioration du dépistage de nouveaux cas de lèpre, les relais ont été retenus sur une base de « copinage » avec les infirmiers des centres de santé (MPUTU JN., 2005).

Au Togo, il n'y a qu'environ 60% des ASC qui ont eu une remise à niveau après leur formation initiale alors que cela peut être une source de motivation comme l'a rapporté une évaluation qualitative des rôles et des motivations des bénévoles au Népal (THOMAS C. et al, 2007).

Peu de femmes sont ASC dans les deux pays. Les raisons évoquées sont l'existence de peu de femmes instruites et leur refus ainsi que celui de leur époux d'exercer cette activité.

3.8.2. Aptitude des agents de santé communautaires

Pour une meilleure mise en œuvre des activités, il faudrait que l'ASC comprenne les sens de sa tâche. Ainsi dans notre étude au moins neuf ASC sur dix dans les deux pays, comprennent le sens de leur tâche. Cela a pu avoir une répercussion sur le niveau de connaissance des chefs de ménages qui est globalement acceptable dans les deux pays.

La proportion des ASC prenant en charge les malades selon le protocole a été appréciée par des informations tirées des registres de consultations. Cette proportion est plus élevée de façon significative au Bénin (88%) qu'au Togo (62,1%) ($p=10^{-10}$).

Les visites à domicile constituent une activité importante qui rapproche l'ASC des membres des ménages et ainsi cette occasion lui donne l'opportunité de faire passer des messages sur les pratiques familiales favorables à la santé. Au Bénin comme au Togo neuf ASC sur dix ont réalisé cette activité pendant 2014 et le premier semestre 2015. Ces visites à domicile peuvent expliquer l'acquisition de connaissance à un niveau acceptable des chefs de ménages. Elles ont prouvé leur efficacité, dans le diagnostic précoce et le traitement de l'ulcère de Buruli au Cameroun dans une évaluation de la participation des agents de santé communautaires, (VOUKING MZ et al, 2013) et dans une intervention à New-York où elles ont permis d'augmenter les taux de vaccination de la petite enfance (PATI S et al, 2015).

La référence des cas par les ASC est de 73,1% au Bénin et 84,2% au Togo alors qu'il est de 95% rapporté par l'évaluation de la participation des agents de santé communautaire dans le diagnostic précoce et le traitement de l'ulcère de Buruli au Cameroun (VOUKING MZ et al, 2013). Cette différence s'explique par les activités en cause. Notre étude concernait beaucoup plus le paludisme et les autres maladies de la PCIME alors que celle de Vouking et al était seulement centrée sur l'ulcère de Buruli qui est une maladie pour laquelle la prise en charge ne peut pas être faite par les ASC.

Les principales causes de référence dans notre étude sont également les limites de compétence et les ruptures fréquentes de médicaments chez les ASC.

3.8.3. Niveau de connaissance des ménages sur les maladies des différents programmes de santé

Les activités que mènent les AS sont connues par au moins 98% des chefs de ménages. Les principales raisons de consultation des ASC par les chefs de ménages sont la fièvre, la diarrhée et la toux.

Notre étude rapporte que 99% des chefs de ménages au Bénin et 92,5% au Togo connaissent les signes cliniques des maladies dont leurs membres ont souffert. Ces taux sont nettement supérieurs à 88% rapportés dans une étude menée au Bénin sur qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire et au Cameroun dans une étude sur la connaissance et la perception à propos de la prévention du paludisme (MALOU ADOM PV et al, 2014 et KIMBI HK et al, 2014). Cette différence peut être due à la taille des échantillons qui est plus importante dans notre étude.

Les causes et les modes de transmission des maladies sont connus de 99% ménages au Bénin et 97,3% au Togo, de même que les signes cliniques (99% au Bénin et 92,5% au Togo) et les mesures de préventions (98,5% au Bénin et 91,5% au Togo). Une étude sur l'évaluation des connaissances sur le paludisme et l'utilisation des moustiquaires imprégnées au Kenya avait retrouvé 93% qui connaissent les causes du paludisme, (STROMBERG DG et al, 2011). Ces résultats sont supérieurs à 82% dans la zone rurale de Poponguine au Sénégal (SECK I et al, 2008). Il y a eu un résultat plus bas de 43% de connaissance de la cause de l'onchocercose dans une étude exploratoire de la perception communautaires des facteurs liés à la participation et à la durabilité du programme du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC) au sud-ouest de la Tanzanie (YORK KJ et al, 2015). La différence entre ces études est la

maladie en cause. La connaissance de la cause de la maladie est plus basse pour l'onchocercose.

3.8.4. Niveau de comportements des ménages face aux interventions des différents programmes de santé

Nous avons relevé dans notre étude que le niveau de comportement des chefs de ménages face aux interventions des différents programmes de santé menés par les ASC est mauvais aussi bien au Bénin qu'au Togo.

Bien que 98% des chefs de ménages connaissent les activités que mènent les ASC, seuls en moyenne 77% ont eu au moins un entretien avec lui et 57,7% l'ont consulté pour une prise en charge. La première raison évoquée par les ménages dans les deux pays est la préférence de la structure de santé. Ils s'expliquent cette préférence par le fait soit qu'ils pensent que l'infirmier est plus compétent, soit l'ASC ne traite pas la maladie en cause, soit l'ASC n'a souvent pas de médicaments et réfère toujours, soit la structure de soins est proche du ménage. Les autres raisons évoquées sont : inexistence d'ASC, l'automédication par les médicaments de la rue ou par des infusions. Au Bénin 14% de ménages n'ont pas consulté un ASC parce que le chef ménage pense que ce dernier ne prend en charge que les enfants. Le comportement des ménages pour prévenir les maladies n'est pas en rapport avec leur connaissance des modes de prévention. Au Bénin Il n'y a que dans 63,4% de ménages qu'on n'observe pas d'herbes aux alentours de leur concession et 72,2% qui n'ont pas de récipients usagers vides. Quant aux ménages du Togo, dans seulement 38,6% il y a absence d'herbes autour des concessions mais ce taux est beaucoup plus élevé de 83,7% pour l'absence de récipients usagers ou de boîtes de conserves vides. La différence de proportion entre les deux pays pour ceci qui concerne l'absence d'herbes autour des concessions et l'absence de récipients usagers ou de boîtes de conserves vides est hautement significative ($P=0,0000$).

Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude sur l'utilisation des ASC pour le

contrôle du paludisme en 1996 qui trouvent que bien que la plupart des habitants savent que les moustiquaires sont efficaces dans la prévention du paludisme, l'utilisation de moustiquaires est très faible (DELACOLLETTE C et al, 1996).

Il est important de souligner que dans notre étude les taux de chefs de ménages 93,5% au Bénin et 80,1% au Togo qui ont déclaré que la naissance de leurs derniers enfants de moins de cinq ans a eu lieu dans une structure sanitaire. Ces résultats sont respectivement supérieurs à ceux de 87% rapportés par EDS-IV au Bénin (2013) et 73% par EDS-III au Togo (2014).

3.8.5. Perception des ménages de la qualité des prestations des ASC

Notre étude rapporte que plus de 80% des ménages ont accès à un ASC à moins de 30 minutes de marche ou 2,5kilomètres et que les chefs de ménages ont une perception acceptable de la qualité des prestations des ASC au Bénin et au Togo. Ceci selon les ménages rend disponible les services de soins de santé et donc réduit les retards dans l'accès aux traitements. Des études sur l'acceptabilité par les travailleurs de santé communautaire au Sénégal (TINE RC et al, 2013) et sur les perceptions sur la stratégie IDC et son efficacité, (NDYOMUGYENYI R et al, 2010) sont parvenus aux mêmes résultats.

Dans les deux pays de l'étude, moins de 80% des ASC sont toujours présents en cas de besoins des ménages. Ceci peut s'expliquer par le caractère volontaire des ASC qui les obligent à vaquer à d'autres activités qui leur génèrent des ressources.

Au Bénin comme au Togo environ 25% des chefs de ménages ont déclaré le non-respect de l'intimité par les ASC du fait de la présence de leur épouse/époux ou de leurs enfants au moment de la consultation.

Les soins et services offerts par neuf sur dix ASC sont conformes aux normes culturelles, et peut favoriser ou renforcer l'adhésion de ces derniers et des membres des communautés aux différentes interventions.

L'étude sur les connaissances et attitudes des organisations de la société civile dans la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire est parvenue à cette conclusion (YAO GH et al, 2014).

Les ASC expliquent la prise des médicaments aux malades mais leur donnent peu d'explications sur leur maladie et ne permettent pas assez de poser des questions. Leur niveau scolaire qui est pour environ 100% des ASC supérieur ou égal au primaire mais ne dépassant pas le premier cycle du secondaire, et le contenu de la formation qui leur est donné peut expliquer leur limite dans les actions. Toutefois cela a très peu de répercussions sur l'efficacité du traitement qu'ils donnent aux malades puisqu'environ 95% des chefs ménages déclarent efficace le traitement procurer par les ASC même si la disponibilité des médicaments reste limitée au Bénin comme au Togo.

Les services rendus par les ASC ne sont pas totalement gratuits. Environ 10% des ménages ont déclaré recevoir des soins non gratuits de l'ASC. Ceci vient confirmer le fait que même si officiellement, les services des agents de santé communautaires devraient être gratuits pour les bénéficiaires, certains d'entre eux parviennent à trouver un moyen pour extorquer un peu d'argent des patients. Ce même facteur a été retrouvé au Cameroun dans l'évaluation externe sur l'impact de la

prise en charge communautaire des cas de paludisme sur la mortalité infantile-juvénile (Institut National de la Statistique, 2010).

CONCLUSION

Le rôle joué par les acteurs communautaires dans les interventions sous directives communautaires au Bénin et au Togo, a été peu assumé. La perception des chefs de ménages sur la qualité de prestation des agents de santé communautaire est acceptable dans les deux pays. Les chefs de ménages au Bénin comme au Togo ont une connaissance acceptable des agents de santé communautaire et de leurs activités. Le comportement favorable à la santé qui devait découler des connaissances est resté faible. Le rôle des ASC dans la résolution des problèmes de santé au niveau communautaire est perçu faible.

La visibilité de l'utilité des actions de cette nouvelle catégorie d'agents au niveau communautaire, interface incontournable dans la situation de crise des ressources humaines en santé requiert l'effort conjugué de toutes les parties prenantes des interventions sous directives communautaires dans l'exécution de leur rôle. Une volonté politique forte et ferme des pays dans l'application des recommandations de l'OMS sur santé communautaire demeure nécessaire.

REFERENCES

1. RIDDE V, GIRARD JE., 2004. " Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains " *Santé Publique, 1, Vol. 16: 37-51.*
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2006. *Travailler ensemble pour la santé-Rapport sur la santé dans le monde. Genève, OMS/TDR.*
3. PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE ONCHOCERCOSE, 2007. Redy-namisation des soins de santé en Afrique subsaharienne: Renforcement potentiel des systèmes de santé par les interventions sous directives communautaires. Ouagadougou, OMS/APOC: 36p.
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2008. Synthèse des expériences des

- pays dans la revitalisation des soins de santé primaires.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2009. Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique: Rapport final d'une étude multi-pays. Genève.
 6. PROGRAMME AFRICAIN DE LUTTE CONTRE ONCHOCERCOSE, 2010. Rapport de l'évaluation externe a mi-parcours (Burkina Faso), OMS/APOC: 80.
 7. MINISTERE DE LA SANTE BENIN, 2010. Directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire. Édité par Direction nationale de la protection sanitaire. Cotonou: 31.
 8. ANCELLE T., 2011. *Statistique Épidémiologique*, 3^{ème} éd. Maloine ed.
 9. WORLD HEALTH ORGANIZATION /INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE, 2003. *Designing and Conducting Health Systems Research Projects*. Vol. Volume II : Data analysis and report writing: KIT/IDRC/AFRO/OMS. 211p.
 10. CENTRE FOR NEGLECTED TROPICAL DISEASES "NEWS FOR AFRICA", 2010. "Interventions Sous Directives Communautaires Pour Les Problèmes De Santé Prioritaires En Afrique : Résultats D'une Étude Multinationale the Idc Study Group." *Bull. World Health Organ.*, 88: 509-18.
 11. MINISTERE DE LA SANTE TOGO, 2009. "Politique Nationale des Interventions à Base Communautaire."
 12. KPORMEGBE SK, AHORLU CK., 2014. "The role of community participation in intermittent preventive treatment of childhood malaria in southeastern Ghana." *Med. J.*, 48(2): 58-65.
 13. NDIAYE SM, AHMED MA, DENSON M, CRAIG AS, KRETSINGER K, CHERIF B. et al., 2014. "Polio outbreak among nomads in Chad: outbreak response and lessons learned." *The Journal of infectious diseases*, 210 Suppl, 1: 74-84.
 14. YAO GH, AKA LB, MANOUAN NJ, EFFI OA, DOUBA A, ZENGBE-ACRAY P. al, 2014). "Knowledge, and attitudes of Civil Society Organizations in the implementation of the Expanded Program on Immunization in Cote d'Ivoire." *Sante Publique*, 26(1): 99-106.
 15. MALOU ADOM PV, OUENDO EM , SALAMI L, NAPO-KOURA G, MAKOUTODE M., 2014. "Qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin." *Santé publique*, volume 26 / N°2: 241-248.
 16. MPUTU JN., 2005. "Apport des relais communautaires dans l'amélioration du dépistage de nouveaux cas de lèpre. République Démocratique du Congo." *In : Bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française (L'ALLF)*, 17: 7-8.
 17. THOMAS C, NEWELL JN, BARAL SC, BYANJANKAR L., 2007. "The contribution of volunteers to a successful community-orientated tuberculosis treatment centre in an urban setting in Nepal: a qualitative assessment of volunteers' roles and motivations." *J. Health Organ. Manag*, 21(6): 554-572.
 18. VOUKING MZ, TAKOUGANG I, MBAM LM, MBUAGBAW L, TADENFOK CN, TAMO CV., 2013. "The contribution of community health workers to the control of Buruli ulcer in the Ngoantet area, Cameroon." *Pan. Afr. Med. J*, 16: 63.
 19. PATI S, LADOWSKI KL, WONG AT, HUANG J, YANG J., 2015. "An enriched medical home intervention using community health workers improves adherence to immunization schedules." *Vaccine*.
 20. KIMBI HK, NKESA SB, NDAMUKONG-NYANGA JL, SUMBELE IU, ATASHILI J, ATANGA MB., 2014. Knowledge and perceptions towards malaria prevention among vulnerable groups in the

Etude des interactions entre les différents acteurs des interventions sous directives communautaires et changements obtenus au Bénin et au Togo.

- Buea Health District, Cameroon. *BMC Public Health*, 27: 883.
21. STROMBERG DG, FREDERIKSEN J, HRUSCHKA J, TOMEDI A, MWANTHI M., 2011. "A community health worker program for the prevention of malaria in eastern Kenya." *Educ Health (Abingdon)*, 24: 474.
22. SECK I, FALL IS, FAYE A, BA O, TAL-DIA A., 2008. "Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Popoungou, Sénégal." *Med. Trop.*, 68: 629-633.
23. YORK KJ, KABOLE I, MRISHO M, BERRY DM, SCHMIDT E., 2015. "Factors affecting community participation in the CDTI program in Morogoro, Tanzania." *J. Nurs. Scholarsh* 47(1): 96-104.
24. DELACOLLETTE C, VAN DER STUYFT P, MOLIMA K., 1996. "Using community health workers for malaria control: experience in Zaire." *Bull World Health Organ* 74(4): 423-430.
25. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE ET DE LA PROSPECTIVE BÉNIN, 2013. *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012. Cotonou, (INSAE) 513p.*
26. MINISTÈRE DE LA PLANIFICATION, DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE TOGO, 2014. Troisième Enquête Démographique et De Santé (EDST-III). *Rapport Préliminaire Lomé, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale 40p.*
27. TINE RC, NDIAYE P, NDOUR CT, FAYE B, NDIAYE JL, SYLLA K, NDIAYE M, CISSE B, SOW D, MAGNUSSEN P, BYGBJERG IC, GAYE O., 2013. "Acceptability by Community Health Workers in Senegal of Combining Community Case Management of Malaria and Seasonal Malaria Chemoprevention." *Malar J.*, 12: 467.
28. NDYOMUGYENYI R, KABALI A. T., 2010. "Community-Directed Interventions for Integrated Delivery of a Health Package against Major Health Problems in Rural Uganda: Perceptions on the Strategy and Its Effectiveness." *Int. Health*, 2: 197-205.
29. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, 2010. *Evaluation externe de l'intervention de population services international (psi) sur l'impact de la prise en charge communautaire des cas de paludisme sur la mortalité infanto-juvénile. Yaoundé (Cameroun). 66p.*