

QUALITÉ DE L'APPORT DES RELAIS DANS LA PCIME-COMMUNAUTAIRE AU BÉNIN

Panaveyi Vicky Malou Adom, Edgard Marius Ouendo, Lamidhi Salami, Gado Napo-Koura et Michel Makoutodé

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2014/2 Vol. 26 | pages 241 à 248

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-2-page-241.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Qualité de l'apport des relais dans la PCIME-Communautaire au Bénin

Quality of the contribution of community volunteers in Benin community-based IMCI

Panaveyi Vicky Malou Adom¹, Edgard Marius Ouendo¹, Lamidhi Salami¹, Gado Napo-Koura², Michel Makoutodé¹

↳ Résumé

Introduction : de nos jours, face à la pénurie grandissante de personnel de santé qualifié et face au défi de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, la participation communautaire est devenue une réalité incontournable. Dans la zone sanitaire Avrankou Adjarra Akpro-Misséréte (3A) du département de l'Ouémé, les relais sont appuyés par l'UNICEF et l'ONG Africare. L'objectif de notre travail a été d'étudier la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire.

Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique menée dans zone sanitaire 3A qui a concerné 38 relais communautaires et 331 mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans, respectivement recrutés de façon exhaustive et aléatoire simple. Les outils utilisés pour le recueil des données ont été des questionnaires, des guides d'entretiens et des fiches de dépouillement.

Résultats : le comportement que 81,6 % de relais manifestent envers les différents acteurs de la PCIME-Communautaire, est bon. La motivation est bonne chez 71,1 % et acceptable chez 28,9 % de relais. La motivation était significativement associée à la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire ($p = 0,0012$).

Discussion : la motivation contribue à la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire. Le maintien de cette situation passe par l'effort conjugué de toutes les parties prenantes de cette stratégie.

Mots-clés : Agents de santé communautaire ; Assurance de la qualité des soins de santé ; Bénévoles ; Centres de santé communautaires ; Enfant d'âge préscolaire ; Mères ; Bénin.

↳ Summary

Introduction: With the growing shortage of qualified healthcare professionals and the challenge of achieving the Millennium Development Goals, community participation has become an essential reality. In the Avrankou Adjarra Akpro-Misséréte (3A) health zone of the Ouémé department, community volunteers are supported by UNICEF and the NGO Africare. The objective of this study was to assess the quality of the contribution of community volunteers to implementation of community-based integrated management of childhood illness (IMCI).

Methods: This cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted in health zone 3A among 38 community volunteers and 331 mothers or carers of children under the age of five years, recruited exhaustively and randomly, respectively. Tools used for data collection were questionnaires, interview guides and survey sheets.

Results: 81.6% of community volunteers demonstrated appropriate behaviour in relation to the various professionals of community-based IMCI, with good motivation in 71.1% of cases and acceptable motivation in 28.9% of cases. Motivation was significantly correlated with the quality of the contribution of community volunteers to implementation of community IMCI ($P = 0.0012$).

Discussion: Motivation contributes to the quality of community volunteer input to COMMUNITY IMCI. This situation must be maintained by the combined efforts of all stakeholders involved in this strategy.

Keywords: Community health workers; Quality assurance, health care; Volunteers; Community health centers; Child, preschool; Mothers, Benin.

¹ Institut Régional de Santé Publique « Comlan Alfred Quenum » – Route des Esclaves – BP 834 – Ouidah – Bénin.

² Centre de Formation en Santé Publique – Bureau pays de l'OMS du Togo – Lomé – Togo.

Introduction

Les Soins de Santé Primaires lancé en 1978 à la conférence d'Alma Ata (ex URSS) ont été réaffirmés à la conférence de Ouagadougou en 2008 comme un moyen pour l'amélioration de la santé des communautés par leur implication, leur participation et leur autonomisation [1]. C'est dans ce sens que les pays africains face à la pénurie de personnel de santé qualifié se sont appuyés sur les distributeurs communautaires utilisés dans le Traitement par l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) dans la lutte contre l'onchocercose. Pour harmoniser les actions, le Bureau Régional Afrique de l'OMS a adopté en 2001 une stratégie régionale de promotion de la santé et élaboré des directives pour la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire. Il a été également recommandé la même année à tous les pays, la mise en place d'une politique nationale de promotion de la santé et un cadre législatif et propice à sa pratique [2].

Au Bénin, des efforts ont été fournis dans l'élaboration des documents de références et de la formation des relais communautaires dans toutes les zones sanitaires y compris celle Avrankou Adjarra Akpro-Missérété. La stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a été mise en exergue en vue de réduire les taux de morbidité et de mortalité des maladies de l'enfant et de la mère pour le défi de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elle est initiée par l'OMS et l'UNICEF et s'attaque systématiquement aux principaux problèmes qui affectent la qualité des soins fournis aux enfants malades dans les centres de santé, et qui résultent de la compétence des agents de santé, de l'organisation du système de santé, et des pratiques familiales et communautaires. La mise en œuvre de la PCIME repose sur les trois composantes ci-dessous [3] :

- l'amélioration des compétences des agents de santé ;
- le renforcement du système de santé ;
- l'amélioration des pratiques familiales et communautaires.

L'approche communautaire de la PCIME vise à amener les mères et tous ceux qui gardent les enfants à adopter des comportements favorables à la survie et au développement de l'enfant, comme [4] :

- recours immédiat au centre de santé lorsque l'enfant malade présente un signe de danger ou lorsqu'il devient plus malade ;
- la poursuite correcte à domicile des soins indiqués par l'agent de santé ;

- l'accès aux services de relais communautaire bien formés dans les villages qui ne disposent pas de centre de santé.

L'objectif de la présente étude est d'examiner la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire dans la zone sanitaire Avrankou Adjarra Akpro-Missérété.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique qui a porté sur les relais PCIME-Communautaire, les mères ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans, les infirmiers ou sages-femmes impliqués dans la PCIME-Communautaire de la zone sanitaire 3A. Les enfants de moins de 5 ans sont ceux qui ont été pris en charge pendant le premier trimestre de l'année 2012, de février à juillet 2012.

Cette zone sanitaire de superficie 341 km² [5] est située au sud-est du Bénin dans le département de l'Ouémé, et a une population estimée à 285 497 habitants en 2011, dont 45 680 enfants de moins de 5 ans. Elle est constituée de 140 villages et quartiers de ville dont 21 aires sanitaires publiques et 71 formations sanitaires privées recensées en 2011. La zone sanitaire dispose également de 76 relais uniquement pour la PCIME-Communautaire. La norme nationale en ce qui concerne les relais est de un relais pour 25 à 30 ménages [6].

Le nombre total de relais prévu à investiguer est de 76 c'est-à-dire tous les relais PCIME-Communautaire. Le nombre d'enquêtés est de 38 du fait de l'abandon des activités par 30 relais pour des activités lucratives et de huit autres relais qui n'ont pas mené d'activités de PCIME-Communautaire au cours de la période qui a concerné notre étude. Les 38 relais retenus sont répartis dans 36 villages éloignés des structures sanitaires.

Les 331 mères ou gardiennes d'enfants ont été choisies selon les directives de supervision mises en place par le Ministère de la santé du Bénin [7]. Cette directive recommande pour la revue des fiches de prise en charge des enfants remplies par le relais de :

- retenir toutes les fiches si le relais communautaire a rempli moins de 10 fiches de prise en charge des cas ;
- procéder au tirage au hasard de 10 fiches si le relais communautaire a rempli plus de 10 fiches de prise en charge des cas ;

- valider la fiche en se rendant avec le relais au domicile de la mère dont la fiche de l'enfant a été sélectionnée.

Ainsi, 248 mères ou des gardiennes d'enfants ont été choisies par tirage aléatoire simple sans remise sur la base des fiches de prise en charge de leurs enfants et les 83 autres par choix exhaustif.

Ces 331 mères sont recrutées également dans les 36 villages du district sanitaire où les relais mènent leurs activités.

Les variables à l'étude ont été la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire (variable dépendante) ; les résultats ou les changements obtenus par les relais, les facteurs de motivation des relais et le comportement que les relais impliqués manifestent envers les différents acteurs (variables indépendantes).

La cotation des variables a eu pour référentiel l'échelle d'appréciation utilisée lors de l'évaluation de la performance des relais communautaires par le Ministère de la santé du Bénin depuis 2011 [7].

Les variables ont été appréciées sur la base d'un ensemble de critères retenus spécifiques à chaque variable. À chaque critère, il est attribué une note qui varie de 0 à 2. La somme des notes permet d'apprécier la variable.

Les résultats ou les changements obtenus sont appréciés à travers l'aptitude (note totale attendue est 8 soit 100 %) des relais dans la prise en charge des enfants malades, la connaissance (note totale attendue est 6 soit 100 %) des mères ou gardiennes sur les maladies dont souffrent leurs enfants et le comportement (note totale attendue est 8 soit 100 %) de ces dernières face aux maladies.

La note totale attendue pour la motivation globale est 18, celle du comportement que les relais manifestent envers les autres acteurs est de 12. C'est sur cette base que les appréciations des variables ont été faites.

Les données recueillies ont été contrôlées puis saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 2000 version 3.3.2.

L'analyse a comporté :

- une étude descriptive par le calcul des fréquences ;
- une étude analytique en comparant les proportions avec des tests du Khi2 (χ^2) de Fisher au seuil de signification fixé à 0,05.

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 verbal.

Nos références bibliographiques sont rédigées selon les normes de Vancouver 5^e édition mise à jour en mars 2008.

Résultats

Les données ont été collectées auprès de 38 relais dont l'âge médian de ces relais était de 37,5 ans avec un minimum de 23 ans et un maximum de 68 ans. Leur ancienneté dans la PCIME-Communautaire varie de 6 mois à 3 ans avec une période médiane de 2 ans. Deux relais soit 5,3 % ont un niveau universitaire. Ils sont appuyés par UNICEF et l'ONG Africare. L'ONG Africare soutient à elle seule 60,5 % des relais qui n'ont dans leur cahier des charges que la prise en charge des cas de paludisme.

Les 38 relais retenus sont répartis dans 36 villages éloignés des structures sanitaires.

Motivation des relais

Le tableau I présente les différents facteurs de motivation des relais dans la PCIME-Communautaire.

Moins de 50 % de relais ont bénéficié d'une supervision par mois au cours du premier trimestre de l'année 2012. Un relais sur trois seulement dispose des trois médicaments (CTA, SRO/Zinc, Paracétamol) pour la prise en charge des cas.

Comme facteurs de motivation, sont souvent cités la reconnaissance et le sentiment d'avoir rendu service ou acquis des connaissances.

Comportement que les relais manifestent envers les autres acteurs (mères ou gardiennes d'enfants, agents de santé, chefs villages, membres des Comité de Gestion des Centres de Santé)

Seuls 2,6 % respectent la planification mensuelle de leurs activités.

Plus de 4 relais sur 5 (81,8 %) ayant eu un score [10-12] renvoient une bonne image à tous les autres acteurs.

Changements obtenus par les relais

Le changement obtenu par les relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire se présente en deux parties. Le changement au niveau du relais lui-même et le changement au niveau des mères ou gardiennes d'enfants.

Tableau I : Répartition des relais communautaires de la zone sanitaire 3A selon les facteurs de motivations, juin 2012

Facteurs de motivation des relais communautaires	Fréquence	Pourcentage (%)
Éléments de motivation extrinsèque		
Mode de sélection (n = 38)		
Sur proposition	24	63,2
Par élection	14	36,8
Disponibilité des trois médicaments (CTA, SRO/Zinc, Paracétamol) (n = 38)		
Oui	13	34,2
Disponibilité des outils de gestion (n = 38)		
Oui	38	100
Nombre de supervision reçu au cours du trimestre (n = 38)		
Trois	18	47,4
Moins de trois	20	52,6
Relation avec les autres acteurs (n = 38)		
Bonne	38	100
Intéressement financier (n = 38)		
Régulier	30	79
Irrégulier	7	18,4
Non perçu	1	2,6
Éléments de motivation intrinsèque		
Compréhension du sens de ses tâches-formation (n = 38)		
Oui	32	84,2
Existence d'autonomie dans l'organisation des tâches du relais (n = 38)		
Suffisante	31	81,6
Insuffisante	7	18,4
Sentiment d'appartenance du relais à la communauté (n = 38)		
Suffisante	35	92,1
Insuffisante	2	5,3
Inexistante	1	2,6

La quasi-totalité (97,4 %) des relais prend en charge les cas selon le protocole et gère les médicaments mis à leur disposition selon leur cahier des charges sans avoir de rupture pendant la période l'étude qui est le 1^{er} trimestre 2012.

Les mères ou gardiennes d'enfants ont plus de connaissance sur le paludisme que sur la diarrhée. La piqûre de moustique a été le mode de transmission du paludisme le plus cité (94,0 %) et 88 % des mères ont cité la fièvre comme signe de paludisme au cours de la collecte des données en juin 2012. Quant à la diarrhée, les mains sales, l'eau souillées et l'absence de latrine ont été citées par 74,0 % comme mode de transmission.

La presque totalité des ménages (96,1 %) dispose d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide. 85 % des mères ou

gardiennes d'enfants de moins de cinq ans ont fait dormir leurs enfants sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

L'élimination des excréta des enfants se fait par la méthode de chat par 127 mères ou gardiennes d'enfants soit 38,4 % et dans la nature par 115 ménages soit 34,7 %. Il y a absence de latrines dans 200 ménages soit 69,4 %.

Appréciation des résultats obtenus par les relais

Chaque relais est apprécié à travers son aptitude, la connaissance et le comportement des mères ou gardiennes d'enfants qu'il a eu à prendre en charge (tableau II).

Tableau II : Répartition des relais communautaires de la zone sanitaire 3A en juin 2012 selon les résultats obtenus dans l'exécution des activités de PCIME pendant le 1^{er} trimestre 2012

Appréciation des résultats	Score obtenu	Fréquence (n = 38)	Pourcentage (%)
Aptitudes des relais			
Bonne	[6-8]	37	97,4
Mauvaise	[0-4]	1	2,6
Niveau de performance des relais dans le processus d'acquisition de connaissance par les mères ou gardiennes d'enfants			
Bon	[5-6]	13	34,2
Acceptable]3-5[18	47,4
Mauvais	[0-3]	7	18,4
Niveau de performance des relais dans le processus d'adoption de comportement favorable par les mères ou gardiennes d'enfants			
Bon	[6-8]	21	55,3
Acceptable]6-4[3	7,9
Mauvais	[0-4]	14	36,8

Tableau III : Répartition des relais de la zone sanitaire des 3A en juin 2012 selon la qualité de leur apport dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire

Qualité de l'apport	Fréquence (n = 38)	Pourcentage (%)
Bonne	23	60,5
Acceptable	14	36,9
Mauvaise	1	2,6

Tableau IV : Analyse des facteurs ayant contribué à la qualité de l'apport des relais communautaires dans la PCIME dans la zone sanitaire des 3A en juin 2012

Appréciation des relais	Effectif (n = 38)	Qualité de l'apport (%)			p-value
		Bonne	Acceptable	Mauvaise	
Comportement manifesté envers les autres acteurs					0,8495
Bon	31	61,3	35,5	3,2	
Acceptable	7	57,1	42,9	0,0	
Motivation globale					0,0012
Bonne	27	77,8	18,5	3,7	
Acceptable	11	18,2	81,8	0,0	
Motivation extrinsèque					0,3728
Bonne	21	66,7	28,6	4,8	
Acceptable	17	52,9	47,1	0,0	
Motivation intrinsèque					0,1292
Bonne	26	73,1	23,1	3,8	
Acceptable	10	30,0	70,0	0,0	
Mauvaise	2	50,0	50,0	0,0	

Un relais sur deux, soit 55 %, a réussi à faire adopter un bon comportement aux mères ou gardiennes d'enfants face aux maladies de leurs enfants de moins de 5 ans.

Un seul relais, soit 2,6 %, a fait l'objet d'un apport de qualité mauvaise.

Parmi les facteurs, seule la motivation était significativement associée à la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire ($p = 0,0012$).

Discussion

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

Les relais ont été choisis de façon exhaustive. L'une des limites de cette étude est le fort taux d'abandon des relais qui est de 39,4 %. Le score de motivation globale qui est bon chez 27/38 relais investigués soit 71,1 % aurait été probablement moindre s'il n'y avait pas eu tant d'abandons. Les relais ne bénéficient pas de rémunération dans le cadre de leurs activités dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire. Cette situation justifie le fait que les relais abandonnent leurs rôles dans la PCIME-Communautaire lorsqu'ils obtiennent un travail rémunérateur.

L'enquête a été menée par des agents de santé. Une formation d'une journée a permis d'harmoniser l'administration des outils. Le fait que les enquêteurs soient des agents de santé travaillant dans la zone sanitaire a pu introduire un biais d'information. Pour minimiser ce biais, les enquêteurs ont collecté les données dans un arrondissement différent de celui dans lequel ils travaillent. La supervision de ces enquêteurs a été assurée par le chercheur principal. Les données recueillies sur le terrain par les enquêteurs ont été comparées avec celles qui figurent dans les registres.

Motivation des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire

Dans notre travail, 36,8 % seulement des relais ont été sélectionnés à l'issue d'une réunion de la communauté. Dans d'autres expériences, comme en Ouganda, la totalité des agents d'exécution communautaire ont été désignés au cours des réunions des villages en présence des dirigeants communautaires et du personnel de santé, au cours des Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique [8]. Par contre, dans une étude rapportée par J.-N. Mputu sur

l'apport des relais communautaires dans l'amélioration du dépistage de nouveaux cas de lèpre en République Démocratique de Congo (RDC) en 2005, les relais ont été retenus sur une base de « copinage » avec les infirmiers des centres de santé [9].

Notre étude a rapporté que seulement 34 % des relais disposent des trois médicaments (CTA, SRO/Zinc, Paracétamol). Il faut noter que 60 % des relais sont appuyés par Africare qui n'intervient que dans le traitement du paludisme à domicile par le CTA.

Par ailleurs, on constate qu'avec les relais appuyés par Africare (60 %) une réunion mensuelle est tenue dans chaque commune. Au cours de cette réunion, chaque relais fait le point sur la lutte contre le paludisme au niveau de son village. Dirigée par les responsables d'Africare, elle est destinée à vérifier si chacun a accompli les activités dont il a la charge et permet d'identifier les activités à entreprendre le mois suivant. Cette situation est similaire à celle rapportée par M. Thior *et al.* en 2007 dans une étude sur les interventions à base communautaire dans la lutte contre le paludisme au Sénégal [10].

Les incitations directement liées au travail accompli, telles que la reconnaissance et le sentiment d'avoir rendu service ou acquis des connaissances, ont été plus souvent citées par les relais comme des facteurs de motivation. Cette situation est semblable à celle retrouvée dans le district d'Ibarapa Nord dans l'État d'Oyo au Nigéria en 2009 au cours des Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique. Dans ce milieu, les agents d'exécution ont aussi mentionné les incitations constituées par les encouragements et les félicitations qu'ils recevaient et déclaré que même si ces incitations n'étaient pas toujours suffisantes, ils étaient aussi motivés par le sentiment du service rendu à la communauté [8].

En plus de cet état de sensation d'être à l'origine de ses actes, nous avons retrouvé dans notre étude le sentiment d'appartenance à leur communauté chez 92 % des relais, l'autonomie dans l'organisation de leur tâche chez 82 %.

Ces facteurs qui déclenchent la motivation intrinsèque ont été également cités par B. Dogor di Nuzzo dans le Management de la Motivation comme facteurs de satisfaction intrinsèque qui sont observables car divulgués librement par l'individu [11].

Parmi les facteurs à l'étude, seule la motivation était significativement associée ($p = 0,0012$) à la qualité de l'apport des relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire. B. Dogor di Nuzzo a également affirmé dans le management de la Motivation que les facteurs susceptibles d'améliorer la qualité des services sont également ceux qui favorisent la motivation de l'individu.

Comportement que les relais manifestent envers les autres acteurs de la PCIME-Communautaire

Le comportement que les relais manifestent envers les autres acteurs va se remarquer à travers l'exécution de ses tâches, son respect des normes, son désir de satisfaire les autres acteurs, et sa manière d'appliquer les valeurs et principes essentiels de respect de la personne humaine.

Nous avons relevé dans notre étude que 81,8 % de relais ayant obtenu un score de [10-12], ont une appréciation bonne ou acceptable pour le comportement qu'ils manifestent envers les autres acteurs. Ce résultat confirme la déclaration des chefs des villages sur les raisons du choix des relais. Ces derniers déclarent entre autres choisir les relais pour leur sérieux, leur amour pour le travail bien fait.

Nous constatons que les relais ont une attention plus portée aux attentes des autres acteurs qu'au respect des normes fixés pour l'accomplissement de leur tâche. Ces états dans lesquels se trouvent les relais sont relatés par B. Dogor di Nuzzo et nommés « état méta motivationnel » avec comme domaines d'expériences respectifs « Règles et Transaction » qui constitue l'un des volets de la « Théorie de renversement » évoqué par B. Dogor di Nuzzo [11].

Analyse des changements obtenus par les relais dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire

Notre étude a rapporté les changements obtenus par les relais communautaires à travers leur aptitude, la connaissance qu'ils ont fait acquérir et les comportements qu'ils ont aidé les mères ou gardiennes d'enfants à adopter au sujet de la prise en charge du paludisme simple et maladies diarrhéiques dans la zone sanitaire des 3A.

En effet, la quasi-totalité des relais (97 %) prend en charge les cas selon le protocole et gère les médicaments sans avoir de rupture, de même 87 % parmi eux maîtrisent l'élaboration des rapports d'activités. Ce niveau de performance atteint par les relais au cours de leurs activités dans la zone sanitaire peut s'expliquer par les formations reçues, par les supervisions qui étaient régulières au début du processus de la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire et par l'utilisation rationnelle et efficace des outils de gestion. Ce niveau de performance acquis peut aussi s'expliquer par leur sentiment d'appartenance à leur communauté, la confiance dont ils bénéficient de la part des mères ou gardiennes d'enfants et la motivation grandissante dont ils font preuve dans l'accomplissement de leur tâche.

Il faut noter que plus de 4 relais sur 5 soit 81,6 % ayant réunis respectivement les scores de [5-6] et de [3-5] ont réussi à procurer une connaissance bonne et acceptable aux mères ou gardiennes d'enfants sur les maladies (paludisme et diarrhée) dont souffrent leurs enfants. Quant au comportement des mères ou gardiennes d'enfants, 55,3 % des relais ayant eu un score de 4 sont arrivés à faire acquérir un bon comportement aux mères ou gardiennes d'enfants. Ce niveau de comportement s'explique par le manque de latrine dans 69 % de ménages et par le fait que 60 % des relais relevant d'Africare n'ont pas été formés pour la prise en charge des cas de diarrhée.

Au cours de notre étude, 88 % des mères ont cité la fièvre comme signe de paludisme. Ce pourcentage de 88 % est nettement supérieur à celui de 35,5 % et de 70,1 % respectivement rapportés par l'Institut National de la Statistique du Cameroun dans une évaluation externe sur l'impact de la prise en charge communautaire des cas de paludisme sur la mortalité infanto-juvénile en 2012 [12] et S.P. Yadav dans une étude sur le traitement du paludisme et la gestion de la fièvre des enfants en milieu rural du désert Rajasthan en Inde en 2010 [13].

Dans une étude sur la connaissance, attitude et pratique des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Poponguine, au Sénégal en 2008 réalisée par I. Seck *et al.*, 82,2 % des femmes ont cité comme mode de transmission de paludisme la piqûre de moustique [14], ce taux est inférieur à celui de 94 % retrouvé dans notre étude. La différence peut s'expliquer par la méthode de choix de la cible. Toutes les femmes en âge de procréer habitant dans le district de Poponguine depuis un an au moins étaient incluses dans l'étude menée par I. Seck *et al.* alors que notre étude n'a concerné que les femmes ayant été en contact avec les relais au cours du 1^{er} trimestre 2012.

Conclusion

À l'issue de cette étude, on peut retenir que les relais ont fait preuve d'une bonne motivation dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire dans la zone sanitaire 3A et renvoient un bon comportement envers les autres acteurs et à eux-mêmes à travers le niveau de compréhension du sens de leur tâche, le respect des normes préétablies et la relation interpersonnelle entretenue avec les autres acteurs. Eu égard à leur cahier des charges dans la mise en œuvre de la PCIME-Communautaire, ils ont réussi à faire acquérir des connaissances et aider les mères ou gardiennes

d'enfants à adopter des comportements favorables à la prise en charge du paludisme simple et maladies diarrhéiques dans la zone sanitaire des 3A. Ce qui donne le reflet du niveau élevé de la qualité de leur apport.

Le maintien de cette situation passe par l'effort conjugué de toutes les parties prenantes de cette stratégie qu'est la PCIME-Communautaire.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. (Brazzaville). Synthèse des expériences des pays dans la revitalisation des soins de santé primaires AFR/PHC/08/2 Ouagadougou-BURKINA-FASO 28 au 30 avril 2008. Brazzaville : OMS ; 2008. 16.
2. Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles. Bénin. Politique nationale de la promotion de la santé. Cotonou : PNLMT ; 2008.
3. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique. Rapport Atelier Régional pour les ONG sur la PCIME communautaire (PCIME-C) : Faire Avancer la Santé de l'Enfant avec les Communautés en Afrique de l'Ouest. Sénégal : OMS : CORE : WARO/BASICS ; avril 2002;70:14-6.
4. Ministère de la santé. Bénin. Prise en Charge Intégrée des maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C) : Cahier du relais communautaire. Cotonou : MS ; 2011;80:17.
5. Zone sanitaire Avrankou Adjarra Akpro-Misséré. Annuaire des statistiques sanitaires 2010. Avrankou-Adjarra-Akpro-Misséré ; 2011;119:12-36.
6. Ministère de la santé. Bénin. Directives nationales pour la promotion de la santé au niveau communautaire. Cotonou : MS ; 2010.
7. Ministère de la santé. Bénin. Fiches de suivi après formation des relais communautaires sur les techniques de communication et sur la prise en charge des cas chez les enfants âgés de moins de cinq ans au niveau communautaire. Cotonou : MS ; 2011.
8. Organisation Mondiale de la Santé, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (Genève). Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique : une étude multi-pays : rapport final. Genève : OMS ; 2009;144:71-105.
9. Mputu JN. 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) 2005;17:7-8.
10. Thior M, Diaw A, Sambou B, Diarra T. Les interventions à base communautaire dans la lutte contre le paludisme au Sénégal : Pratiques pour la réussite. Dakar : PNLP ; 2007;83:32-71.
11. Dogor di Nuzzo B. Le management de la motivation : Améliorer les services. 1^{re} édition, Paris. Édition ems ; 2011;216.
12. Institut National de la Statistique (Cameroun). Évaluation 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 : INS ; 2010; 66:31-59.
13. Yadav SP. A study of treatment seeking behaviour for malaria and its management in febrile children in rural part of desert, Rajasthan, India. *In* : J Vector Borne Dis 2010;47:235-42.
14. Seck I, Fall IS, Faye A, Ba O, Tal-Dia A. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Poponguine, Sénégal. *In* : Médecine Tropicale 2008;68:629-33.