

**MINISTERE DE LA SANTE
DE LA SANTE**



**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE**



Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

**DOCUMENTATION DES MEILLEURES
PRATIQUES EN SANTE DE LA
REPRODUCTION AU BENIN**

Rapport Final

Octobre-Novembre 2010

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des abréviations	4
INTRODUCTION.....	5
1- Généralités et définitions.....	7
2- Objectifs de l'étude et approche Méthodologique	9
3- Résultats.....	15
CONCLUSION	72
ANNEXES : Outils de collectes.....	73

Remerciements

L'élaboration du présent document a été possible grâce à la collaboration des Directeurs Départementaux de la Santé, les Chefs services santé familiale, les médecins coordonnateurs et autres responsables des programmes ainsi que des partenaires techniques et financiers qui nous ont accordés une partie de leur temps précieux et nous ont fournis des informations sur les interventions en cours dans leurs domaines d'activités. Nous les remercions pour leur contribution et leur esprit de partage.

Nous témoignons par ailleurs notre reconnaissance au :

- Directeur de la Santé Familiale ainsi qu'aux cadres de sa direction pour la confiance porté en nous en nous confiant ce travail et pour leur appui technique précieux .
- A l'OMS pour ses appuis technique et financier grâce auquel cette étude a connu un aboutissement heureux.

Nous espérons que l'exploitation de document de partage d'expérience permettra d'améliorer la santé de la reproduction au Bénin et ailleurs.

Liste des abréviations

CAR : Chargé de l'Administration et des Ressources

COGECS : Comité de Gestion des Centres de Santé

CPN : Consultation Périnatale

CS : Centre de Santé

DDS : Direction Départementale de la Santé

DDZS : Direction de Développement des Zones Sanitaires

EEZ : Equipe d'Encadrement de Zone

FAP : Femmes en Age de Procréer

FC : Financement Communautaire

FE : Femme Enceinte

FS : Formation Sanitaire

HSJDD : Hôpital Saint Jean de Dieu

HZ : Hôpital de zone

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFF : Initiative Femme pour Femme

MP : Meilleure Pratique

NV : Naissances vivantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PF : Planification Familiale

SFE : Sage Femme d'Etat

SRAJ : Santé de Reproduction des Adolescents et des Jeunes

SSF : Service de la Santé Familiale

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ZS : Zone Sanitaire

INTRODUCTION

Au Bénin, les indicateurs en matière de santé de la reproduction restent à des niveaux bas malgré les importants efforts déployés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers. En effet, le ratio de mortalité maternelle est à 397 pour 100 000 NV en 2006. Le taux de mortalité néonatale est évalué à 32 pour 1000 NV et représente près de 40% du taux de mortalité infantile. On note une baisse de la prévalence contraceptive qui était déjà faible (7,2% en 2001 et 6,2% en 2006) alors que les besoins non satisfaits sont élevés (30% en 2006).

A l'issue de la Conférence du Caire en 1994 le Gouvernement du Bénin s'est lancé résolument dans le processus d'offrir aux populations des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité et accessibles à tous. C'est ainsi que des programmes successifs ont été mis en œuvre et les partenaires techniques et financiers et les ONG ont appuyé sur le terrain différentes interventions tendant à satisfaire les besoins de la population en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, de planification familiale, de santé des adolescents et jeunes, dans le cadre du IST/VIH/Sida, etc.

Dans ce contexte et au regard du faible niveau d'atteinte des objectifs visés, le Bénin se propose de renforcer le cadre de partage des expériences en matière d'interventions en santé sexuelle et de la reproduction, de documenter et de diffuser les pratiques qui font marcher les programmes et d'envisager leur mise à échelle.

Les gestionnaires de santé doivent avoir accès aisément à une documentation des pratiques et programmes efficaces, qui ont fait leur preuve et qui reposent sur des données probantes afin de pouvoir mettre en œuvre des programmes performants. Certes, des programmes conçus pour répondre à des besoins en planification familiale et santé de la reproduction (PF/SR) sont réalisés depuis de nombreuses années sur le plan national, dans les zones sanitaires et les hôpitaux, mais ils sont rarement documentés et partagés avec d'autres responsables de programmes de PF/SR. C'est pour palier cette insuffisance que la présente étude sur la documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au Bénin a été

initié par la direction de la santé familiale, l’OMS Bénin avec l’appui de l’OMS Genève.

1- Généralités et définitions

En Avril 2007 l'appui technique et financier de l'OMS et de l'UNFPA a permis le lancement du programme de partenariat stratégique (PPS) pour la planification familiale et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), et de l'Initiative Meilleures pratiques (IBP) en vue de susciter l'adhésion d'autres parties prenantes pour l'amélioration de la qualité des services de santé sexuelle et de la reproduction. Un atelier de lancement de la procédure de documentation et de diffusion des meilleures pratiques en SR a été organisé en juillet 2008 et a connu la participation des différents acteurs du système de santé. A cet atelier plusieurs expériences ont été présentées et appréciées par les participants. A l'issue de cet atelier, il a été proposé qu'une étude se réalise pour documentés toutes les pratiques qui ont fait leur preuves sur le plan national afin de permettre leur accès facile en vue d'un partage d'expériences.

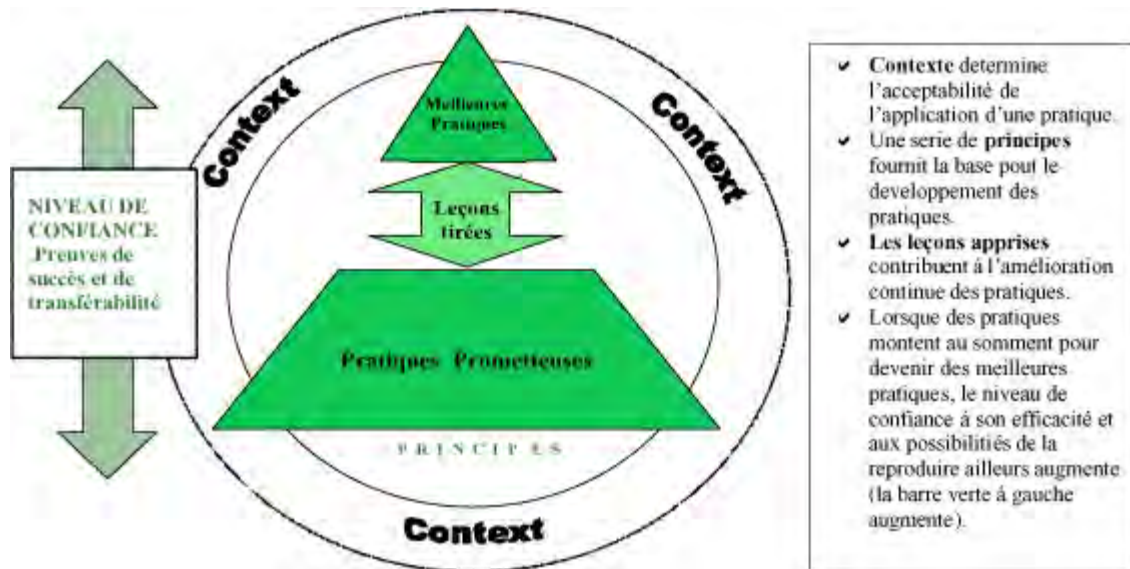
Qu'est-ce qu'une meilleure pratique ?

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

- La preuve du succès
- La possibilité de la reproduire

Pour être jugée comme une **meilleure pratique**, des données probantes doivent être fournies prouvant que la pratique donnée a eu un impact positif et/ou a permis d'atteindre les objectifs du programme. Il faut que la meilleure pratique puisse être reproduite à d'autres contextes. Si une pratique ou un programme semble bien fonctionner mais qu'il n'existe pas de preuves de succès et de possibilité, de réplication ou de transfert, elle est dénommée une **pratique prometteuse**. Lors de l'identification des meilleures pratiques, une distinction nette est faite entre les interventions qui n'ont pas été "éprouvées" et celles sous-tendues par des expériences et des preuves. Le cadre de la Pyramide des Pratiques présente divers types de pratiques et montre comment elles sont reliées les unes aux autres (voir

figure ci-dessous tirés de technicals BRIEF de Advance africa, mai 2003. Compendium des meilleures pratiques).



Cadre conceptuel de la documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au BENIN

Le cadre conceptuel se base sur une analyse systématique des différentes composantes de la SR pour identifier au sein de chacune d'elles les meilleures pratiques.

Ainsi, les 14 sous composantes de la politique nationale en matière de SR ont été passé en revue .Il s'agit de :

- 1- Sous-programme Maternité à moindre risque (SONU)
- 2- Sous-programme Soins après avortement
- 3- Sous-programme Lutte contre les MGF
- 4- Sous-programme PCIME
- 5- Sous-programme Santé de la reproduction des jeunes et des adolescents
- 6- Sous-programme Promotion de l'implication des hommes à la SR
- 7- Sous-programme Promotion de la PF
- 8- Sous-programme Lutte contre les IST/VIH/SIDA
- 9- Sous-programme Vaccination

- 10- Sous-programme Nutrition
- 11- Sous-programme Prévention de l'infection
- 12- Sous-programme Communication pour un changement de comportement en SR
- 13- Sous-programme Plaidoyer
- 14- Sous-programme Promotion de la SR des armées

2- Objectifs de l'étude et approche Méthodologique

2.1- Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et soins de santé sexuelle et de la reproduction offerts aux populations.

Il s'agit plus spécifiquement de :

1. Faire une collecte préliminaire des meilleures pratiques sur le terrain.
2. Collecter et analyser les données sur les pratiques en SR qui ont fait leurs preuves
3. Retenir avec le groupe technique de travail une liste consensuelle des meilleures pratiques sur l'ensemble de celles que le consultant aura documenté ;
4. Proposer un draft du document sur les pratiques en SR qui ont fait leurs preuves ;
5. Valider le document au cours d'un atelier national des parties prenantes.

A la fin du processus il est prévu de :

- Disposer au niveau national d'une liste consensuelle des meilleures pratiques en SR
- De disposer d'une documentation la plus complète possible sur ces pratiques en SR qui ont fait leurs preuves

2.2- Méthodologie de l'étude

L'étude a été réalisée par un consultant indépendant assisté d'un ingénieur en statistique sous la supervision de la Direction de la Santé Familiale.

Phase préparatoire

Une rencontre préparatoire a été organisée par la direction de la santé familiale et a réuni le consultant, les cadres de la direction et un comité d'expert. L'objectif de cette séance était d'améliorer et valider la démarche méthodologique globale y compris les outils de collectes, le chronogramme détaillé de l'étude.

2.2.1- Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les douze départements du Bénin. Toutes les zones sanitaires du Bénin ont été ciblées au départ. Mais suite aux échanges avec les responsables au niveau central et départemental les sites et programmes suivants ont été retenus :

- La zone sanitaire de Bembèrèkè
- La zone sanitaire de Malanville
- La zone sanitaire de Dassa-Zoumè
- La zone sanitaire de Pobè
- La zone sanitaire d'Aplahoué
- La Zone sanitaire de Djougou
- La zone sanitaire de Tanguiéta
- L'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Cotonou
- L'hôpital de zone de Nikki
- Le programme PISSAF
- Le programme TATA SOMBA de la Fondation Unidéa
- Le Ministère de la Santé

2.2.2- Groupes cibles et échantillonnage

Au niveau de chaque département nous avons systématiquement rencontré le Directeur Départemental de la Santé et le chef service santé familiale. Les échanges avec ceux-ci sur le thème nous ont permis d'identifier les acteurs ou responsables des zones sanitaires où une meilleure pratique est mise en œuvre.

Quatre catégories d'acteurs ont été donc interrogées au cours de cette étude à savoir : les directeurs départementaux et les SSF, les responsables des zones et les

points focaux des interventions, les responsables d'hôpitaux, et les partenaires techniques et financiers.

Nous avons retenues toutes les zones recommandés par les DDS. Au niveau des zones nous rencontrons les médecins coordonateurs ou le directeur d'hôpital concerné et les points focaux de certaines interventions. Le tableau suivant présente les sites retenus et les personnes rencontrées.

Sites	Personnes rencontrées	Nombre	Observations
DDS	DDS	6	Dont une discussion téléphonique avec DDS Atlantique
	SSF	6	
ZS	MCZS	18	
	DHZ	4	
	Directeur autres hôpitaux	1	HOMEL
	Points focaux de certaines interventions	6	MDE, SFE, Statisticien, ONG, TAS
Partenaires techniques et financiers	Chargés de programme	4	(UNFPA, UNICEF, PISAF, UNIDEA)

2.2.3- Techniques et outils de collecte des données

2.2.3.1- Techniques de collecte des données

Deux techniques de collecte ont été utilisées : l'entretien et la revue documentaire. La collecte des données s'est déroulée au cours du mois d'octobre et de décembre 2009.

- **L'entretien avec les équipes**

Chaque équipe de mise en œuvre des interventions a été interviewé sur la base d'un guide d'entretien.

L'entretien a permis de collecter toutes les informations sur la meilleure pratique notamment sur :

- La conception
- Les phases préparatoires à sa mise en œuvre
- Sa mise en œuvre proprement dite (les acteurs, les processus de gestion, leurs motivations, les difficultés et perspective)
- Son coût
- Les leçons apprises, etc...

Suivant la nature du projet, l'entretien avec les acteurs de mise en œuvre a été complété avec celles des partenaires techniques et financiers.

- **La Revue Documentaire**

Elle a complété les informations collectées au cours de l'entretien. Elle a permis de recueillir les données existantes susceptibles de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude. A titre indicatif, les documents que nous avons exploités sont :

- Le document de projet ayant permis d'aboutir à une meilleure pratique
- Les documents de gestion de la meilleure pratique
- Les documents d'évaluation d'étapes ou final de la meilleure pratique
- Les données courantes ou de routine de la structure de mise en œuvre de la meilleure pratique (indicateurs socio sanitaires ayant un lien avec la MP)
- Tout autre document pertinent pour la présente étude.
- Les annuaires statistiques des zones

2.2.3.2- Outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide de deux (2) outils que sont :

1. La grille de dépouillement des documents de référence et des statistiques sanitaires
2. Le guide d'entretien des responsables de mise en œuvre du projet

2.2.4- Traitement et analyse des données

- Le traitement des données a été manuel, étant donné que la base d'informations est essentiellement narrative et se repose sur le partage d'expériences, les commentaires et opinions. Les textes recueillis ont été transcrits, thématiques et synthétisés.

- L'analyse de données quant à elle a permis de répondre de façon fiable aux objectifs spécifiques de l'étude. Elle s'est faite en deux étapes :

Première étape : elle a consisté à évaluer après la collecte sur le terrain chaque meilleure pratique afin de s'assurer que celle-ci marche selon les critères suivants :

- Le lien entre la meilleure pratique technique et la politique nationale en SR
- L'Efficacité de la MP
- Sa Simplicité
- Son Coût
- Les possibilités de Pérennisation
- Son Acceptabilité par la communauté
- Ses effets ou résultats sur la mortalité maternelle et infantile
- Les éléments d'Éthique, d'équité, de motivation des acteurs.
- Sa reproductibilité ou transférabilité

Deuxième étape

Les opinions et autres perceptions issues des interviews individuelles ont été transcrites et saisies dans le logiciel Word. Enfin, chaque meilleure pratique, a été décrite suivant un canevas structuré.

2.2.5- Considérations éthiques

La présente étude ne pose pas de problèmes éthiques particuliers. Toutefois le consentement des acteurs ciblés par l'étude a été requis avant l'administration des outils de collecte. Il leur est demandé aussi leur accord afin que la pratique soit diffusée.

Notons que le consultant a bénéficié d'une autorisation du ministre de la santé pour la phase de collecte de données (Message porté N° 6496/MS/DC/SGM/DSF/SPF/SA du 14 septembre 2009)

2.2.6- Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de cette étude se résument à :

- L'absence de données statistiques permettant de prouver les résultats de la pratique
- L'indisponibilité de certains acteurs lors de la collecte des données. Ils ont quand pu être joints au téléphone
- L'hésitation ou la réticence des agents à donner certaines informations.

3- Résultats

3.1- Liste des meilleures pratiques retenues

N°	Meilleures pratiques	Observations
1	Initiative présidentielle de la gratuité de la césarienne au Bénin	
2	Suivi en communauté des nouveaux nés au cours de leur premier mois de vie dans la zone sanitaire de Pobè-Kétou-Adjaouèrè	
3	Soins maternels à base communautaire dans la zone sanitaire de Malanville	
4	Système de surveillance des naissances et de la mortalité maternelle et infantile à domicile dans la zone sanitaire de Tanguiéta	
5	Audit des décès maternels dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo	
6	Tam tam pour la mobilisation et le plaidoyer en faveur de la planification familiale	
7	Initiative Femme pour Femme dans la zone sanitaire de Tanguiéta	
8	Le forfait obstétrical dans les centres de santé de la zone sanitaire de Djougou	
9	L'Intégration du Counseling et Dépistage (CD) du VIH dans les Centres d'Ecoute, d'Information et de Conseils (CEIC) des Centres de Jeunes et de Loisirs (CJL) au Bénin accroît l'accès et l'utilisation des jeunes aux services de santé sexuelle et de la reproduction.	
10	Dépistage et accompagnement des femmes souffrant de fistules obstétricales dans l'Atacora	
11	Les mutuelles de santé comme stratégie d'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité	
12	Assurance qualité des soins maternels et néonataux à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Cotonou	
13	Formation par tutorat pour améliorer la qualité des soins maternels dans 22 maternités de Tanguiéta	

3.2- Description détaillée de chaque pratique :

Titre de la pratique 1 : Initiative présidentielle de la gratuité de la césarienne au Bénin

Contexte et description :

Au Bénin au moins 1400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Le ratio de mortalité maternel est l'un des plus élevés de la sous région : 474 pour 100000 naissances vivantes. Conformément aux prévisions des OMD ce taux doit être ramené à 125 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Parmi les stratégies connues efficaces pour réduire les décès maternels figurent en bonne place l'accès à la césarienne à toute femme présentant une indication pour cette intervention. Or du fait de la pauvreté et des dysfonctionnements du système de santé le taux de césarienne au Bénin ne dépasse guère les 3,5% au lieu des 5% recommandés par les organismes spécialisés. Il demeure donc un besoin important en césarienne non couvert. Le gouvernement a alors décidé de recourir à la solidarité nationale pour lever la barrière financière à l'accès à la césarienne.

C'est ce qui a motivé la décision du gouvernement de rendre gratuit la césarienne au Bénin.

Plusieurs étapes ont marquées la mise en œuvre de cette initiative. On peut citer :

- L'Atelier national d'opérationnalisation de la gratuité de la césarienne tenu les 3 et 4 novembre 2008
- Le Compte rendu des travaux de cet atelier au gouvernement par le ministre de santé avec pour effet la prise de mesure réglementaire et opérationnelle
- La prise en Décembre 2008 du décret portant mise en place de l'agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne

Mesures réglementaires :

1. le décret 2008-730 du 22 décembre 2008, portant institution de la gratuité de la césarienne au Bénin
2. Le décret 2009-096 du 30 mars 2009, portant création, organisation et fonctionnement de l'agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne (ANGC)
3. Le 26 juin 2009, adoption du décret portant nomination du président et des

membres du conseil d'administration de l'Agence au cours de la session hebdomadaire du conseil des ministres

4. L'arrêté N°3048 du 28 mai 2009 portant liste des hôpitaux agréés pour la gratuité de la césarienne

Mesures opérationnelles

- La Mise en fonction de l'agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne est chargée de la mise de la gratuité de la césarienne notamment :
- La Mobilisation des ressources financières nécessaires au paiement des césariennes
- Les tournées du ministre de la santé pour l'information et la mobilisation des techniciens de santé
- Une campagne d'information du grand public à travers les organes de presse
- Le Pré positionnement des kits de césarienne dans les structures hospitalières
- Le démarrage de la gratuité dans les 43 hôpitaux
- Le Suivi, la collecte des données et le remboursement effectif des frais de césarienne aux hôpitaux

Objectifs de l'initiative :

Réduire les 3 retards liés aux décès maternels (décision tardive à la référence, retard dans la référence, retard à l'offre de soins). Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Couvrir les frais de transport de la femme enceinte vers l'hôpital
- Assurer les frais de la prise de veine avec soluté avant le transfert
- Rembourser les frais de soins à l'hôpital
- Rembourser les frais de contrôle post opératoire à l'hôpital

Agence d'exécution : Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne sous tutelle du Ministère de la santé

Sources de financement :

- Budget national
- Autres donateurs

Localisation : 43 hôpitaux agréés répartir sur tout le territoire béninois dont 31 hôpitaux publics et 12 hôpitaux confessionnels ou associatifs à but non lucratif	
Date de démarrage : 1 ^{er} avril 2009	
Domaine Principal du sujet : Soins Obstétricaux d'Urgence	Mots clés additionnels : Bénin, Césarienne, Gratuité
Cibles : Toutes femmes enceintes au Bénin (plus de 400 000 grossesses attendues)	
Leçons apprises : <ul style="list-style-type: none"> - Les obstacles liés au coût et à la complexité des interventions de santé publique peuvent être levés s'il existe une volonté politique au plus haut niveau (initiative portée personnellement par le président de la République). - Le coût de la césarienne était effectivement une barrière financière au vue de l'augmentation important du nombre césarienne dès que la gratuité à été décrétée. - Les règles de gestion de dépense publique qui en général sont lourdes peuvent être allégées s'il existe un engagement et une volonté politique. Les fonds publics ont pu être délocalisés dans le compte créé dans les banques privées par l'agence. 	
Conditions préalables : Engagement et volonté politique Disponibilité des ressources Disponibilité des hôpitaux de soins obstétricaux d'urgence complets dans les hôpitaux	
Grandes étapes : Analyse de la situation Visite d'échange au Sénégal, Ghana, Burundi, Niger, Mali, Rwanda pour une adaptation au contexte lors de la phase préparatoire de la mise en œuvre Conception des interventions de mise en œuvre Planification des activités Mobilisation des ressources Evaluation Collaboration avec les hôpitaux	
Résultats :	

Au 2 novembre 2009, les résultats suivants ont été obtenus :

- Application effective de la gratuite de la césarienne dans 100% des hôpitaux
- Au total 6313 césariennes ont été réalisées gratuitement en sept mois pour un montant remboursé équivalent à 631 300 000 FCFA (environs Un million d'euros)
- L'agence a réalisée en collaboration avec la Direction de la Santé Familiale des missions de suivis et de contrôle dans tous les hôpitaux agréés

Eléments clés qui font marcher la pratique :

- Mode de remboursement des hôpitaux : procédures financières allégées (Paiement direct des factures par chèque bancaire sans passer par le trésor).
- Emphase entre les praticiens des hôpitaux et l'agence : bonne acceptabilité de l'intervention, remplissage effectif des supports.
- Simplicité des supports de gestion à remplir (fiche d'identification des bénéficiaires, support des bénéficiaires d'il y a un mois, factures, attestation de service fait, etc)
- Le montant forfaitaire de 100 000 F CFA (150 euros) par césarienne est accepté par l'ensemble des hôpitaux

Suivi évaluation :

- Suivi indirect à distance à partir de support de données des hôpitaux
- Visite de suivi et de contrôle sur le terrain (dans les hôpitaux)
- Mise en place prochaine d'une direction du suivi évaluation au niveau de l'agence

Eléments critiques

- Le montant de 100 000 FCFA (150 euros) est jugé insuffisant par certains hôpitaux des centres urbains (CNHU et HOMEL)
- Durabilité de l'initiative : Les ressources seront-elles toujours disponibles pour maintenir la gratuité de la césarienne ?

Pérennisation :

L'initiative est pérennisable si la volonté politique et l'engagement au plus haut niveau sont maintenus

Ressources :

- Personnel technique et administratif présent dans les 43 hôpitaux et au niveau de l'agence

- Autonomie financière de l'agence (le budget national met à la disposition de l'agence des fonds qu'elle met dans un compte d'une banque et gère directement)
- Equipements minimum disponible dans les hôpitaux (même si le contexte de sous développement du Bénin fait que des ambulances manquent ou sont peu fonctionnelles par endroit)

Conclusion

Possibilité de reproduire la pratique : La pratique dans sa conception et sa mise en œuvre nous paraît simple à reproduire dans un autre pays. Il suffit d'en avoir la volonté politique

Preuve du succès : 100% des hôpitaux mettent en œuvre l'initiative de gratuité et 100% des césariennes sont remboursées.

N'ayant pas de recul nécessaire pour mesurer l'impact sur la mortalité maternelle et sur les Soins Obstétricaux d'Urgence non couverts (patientes ayant besoin de césarienne et n'ayant pas eu recours aux hôpitaux) nous mettons un bémol sur la preuve de succès de cette pratique qui nous paraît tout de même comme une pratique prometteuse.

Personne interviewée : Dr DOSSOU TOBGE Pascal

Fonction : Directeur Agence National de Gestion de la Gratuité de la Césarienne

Titre de la pratique 2 : Suivi en communauté des nouveaux nés au cours de leur premier mois de vie dans la zone sanitaire de Pobè-Kétou-Adjaouèrè

Contexte et description :

Selon l'EDS III réalisé en 2006, 52% des décès infantile surviennent au cours du premier mois de vie. La majorité de ces décès surviennent à domicile.

Plusieurs paramètres expliquent cette situation alarmante observée au niveau des populations :

- Les nouvelles accouchées sont libérées en 24 heures dans les centres de santé ;
- Les mères d'enfants ne reconnaissent toujours les signes de danger chez le nouveau né ;
- La pratique de l'auto médication face à des signes de danger est fréquente ;
- Les mères d'enfants ne maîtrisent pas toujours les soins nécessaires au nouveau né ;
- Le retard dans la prise de décision pour la référence ;
- Le premier niveau de recours étant chez les praticiens de la médecine traditionnelle,

Les accouchements à domicile et les cabinets privés tenus par des personnels non qualifiés.

Ce constat a été confirmé au cours de l'atelier d'orientation des interventions de l'UNICEF dans l'Ouémé tenue courant 2006 à la salle de réunion de la DDS à Porto Novo. Il a alors été proposé de choisir la zone de Pobè comme zone pilote dans le département pour mettre en œuvre le suivi en communauté des nouveaux nés au cours de leur premier mois de vie.

Devant ce tableau sombre, la zone sanitaire de Pobè avec l'appui de l'UNICEF Bénin a pris l'engagement de former à titre expérimental 32 femmes de groupement féminin et 04 Agents de Service à Base Communautaire (ASBC) sur la reconnaissance des signes de danger chez le nouveau né et l'organisation de suivi à domicile des nouveaux nés au cours du premier mois de vie.

OBJECTIF GENERAL :

Renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté à améliorer le suivi des nouveaux nés dans la commune de Kétou.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Former 114 membres de GF et ASBC sur le paquet minimum d'interventions néonatales au niveau communautaire ;
- Améliorer le suivi des nouveaux nés à domicile au cours du premier mois de vie (surtout au cours de la première semaine);
- Impliquer les communautés dans le suivi des nouveaux nés dans les villages ;
- Superviser les membres de GF et ASBC formés.

La mise en œuvre de cette intervention a suivi les étapes suivantes :

- Réunions d'orientation et d'identification des acteurs à former
- Elaboration des cahiers de charge des GF et des ASBC
- Renforcement des capacités des GF et des ASBC
- Lancement des activités
- Supervisions et monitoring des activités par les membres de l'EEZ et les chefs postes

CRITERE DE CHOIX DES MEMBRES GF ET ASBC

- Etre membre d'un groupement féminin reconnu dans le quartier ou village.
- Etre choisi par la communauté elle-même.
- Etre disponible à travailler pour la santé des enfants.
- Etre résident dans le village ou quartier.
- Etre mère ou père d'enfant.
- Etre accepté par la communauté.
- Savoir lire et écrire le français ou, être alphabétisé.

CAHIER DE CHARGE DES GF ET ASBC

- Faire au moins quatre visites de suivi des nouveaux nés dans les ménages au cours du premier mois de vie.
- Faire au moins deux de visites de suivi chez la femme enceinte
- Elaborer un plan pour accouchement

- Faire trois visites à l'accouchée
- Aider les mères d'enfants à observer la pratique simple de lavage des mains avant de toucher l'enfant ; avant de préparer et avant de donner à manger au nouveau né.
- Comment protéger le nouveau né contre le froid.
- Les soins essentiels à la mère et au nouveau né.
- Entretenir les ménages sur la valeur sociale de l'enfant : richesse, héritage, bonheur, un trésor, fruit de l'union, un être précieux, miroir de vie
- Aider les ménages dans la reconnaissance des signes de gravité chez le nouveau né : Faible poids de naissance, refus de téter, peau blanchâtre, diarrhée, convulse, pâleur palmaire, vomit tout ce qu'il mange, ne bouge pas, les yeux enfoncés, cordon rouge....
- Aider les ménages à la référence du nouveau né vers le centre de santé le plus proche.
- Rendre au moins quatre visites au nouveau né avant l'âge d'un mois.
-

OUTILS DE TRAVAIL DES GF ET ASBC

- La boîte à images sur la promotion du lavage des mains, les soins nécessaires au nouveau né, les signes de danger chez le nouveau né et ce que les parents doivent faire dès l'apparition de ces signes.
- Le cahier de suivi à domicile de la femme enceinte de l'accouchée et du nouveau né.

Finalité : Réduire la mortalité néonatale dans la zone sanitaire de Pobè-Kétou-Adjaouèrè

Agence d'exécution : EEZ Zone sanitaire Pobè-Adjaouèrè-Kétou

Sources de financement : UNICEF Bénin

Localisation : Bénin, Zone sanitaire Pobè-Adjaouèrè-Kétou

Date de démarrage : Juillet 2007 dans la commune de Kétou et extension aux communes de Pobè et Adjaouèrè à partir de novembre 2009

Domaine Principal du Sujet :
Prévention des décès néonataux en

Mots clés additionnels : Zone sanitaire
Pobè, décès néonataux, soins

communauté	communautaires
Cibles : Enfants de moins d'un an, femmes enceintes et femmes en âges de procréer	
<p>Leçons apprises :</p> <p>La communauté peut assurer la prise en charge élémentaire des problèmes de santé des nouveaux nés à domicile</p> <p>La communauté est capable d'identifier les signes de danger chez les nouveaux nés et assurer leurs références vers les centres de santé pour une meilleure prise en charge.</p> <p>La pratique est une porte ouverte pour améliorer le suivi nutritionnel, les couvertures vaccinales, l'utilisation des MIILD et l'allaitement maternel</p>	
<p>Stratégies utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer en direction des groupements - Formation des groupements sur les soins aux nouveaux nés, sur les signes de danger, sur le lavage des mains à l'eau et au savon, techniques d'animations - Mise en place des outils - Monitoring 	
<p>Résultats :</p> <p>Au niveau des nouveaux nés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux nés suivis : 3647 - Nouveaux nés avec signe de danger: 130 - Nouveaux nés disposant de MIILD: 2855 - Nouveaux nés décédés:08 <p>Au niveau des femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de femmes enceintes suivies: 2335 - Femmes Enceintes avec signe de danger:140 - Nouveaux nés référés: 65 - Femmes Enceintes référées: 139 - Femme enceinte décédée : 00 	
Éléments clés qui font marcher la pratique :	

- Existence préalables de groupement menant d'autres activités génératrices de revenu
- Volonté de l'équipe cadre et des agents de santé de la zone à réduire la mortalité néonatale
- Existence d'un point focal au niveau de la zone
- Adhésion des autorités locales

Suivi évaluation :

Une supervision formative mensuelle des prestataires et un suivi trimestriel des activités sont réalisés et les indicateurs de suivi sont analysés

Ressource :

- EEZ
- Membres groupement féminin
- Agents de santé
- Ressources financières
- Boîtes à images
- Cartes de conseil

Possibilité de reproduire la pratique :

Au vu des conditions préalables, il nous semble possible de reproduire cette pratique dans toute les zones où existe surtout les groupements de femmes .Il est nécessaire pour la zone de disposer de ressources financières conséquentes d'où la nécessité d'avoir un partenaire qui s'y engage sinon les ressources propres des zones ne nous paraissent pas suffisantes pour mettre en œuvre cette intervention.

Preuve du succès : Les femmes des groupements ont été capables d'identifier les signes de danger et de référer les nouveaux nés. Il n'y a pas eu d'études initiales sur la mortalité néonatale dans la zone ce qui rend impossible une comparaison avec le taux actuelle. Mais les acteurs de mise en œuvre de l'intervention estime qu'elle à réduit la mortalité néonatale

Personnes interviewées :

Dr Alain KOSSOKO MC ZS Pobè,
 Dr ZINSOU Paul MC ZS SAKETE et ancien MCZS Pobè,
 M. Martin EDJITCHE Responsable activité communautaire

Titre de la pratique 3 : Soins maternels à base communautaire dans la zone sanitaire de Malanville

Contexte et description :

Dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans la zone, la zone sanitaire de Malanville inspirées par des expériences menées dans d'autres zones a mise en place dans tous les villages administratifs de la zone, des comités villageois de lutte contre la mortalité maternelle composés du chef village, du délégué, d'un relais communautaire dévoué, d'un leader religieux (imam ou prêtre ou les deux), et d'une matrone (la plus influente). Les comités sont chargés du suivi de la communauté à travers :

Le recensement des femmes enceintes

L'organisation de la référence de toute urgence obstétricale vers le premier centre de santé

Le recensement du nombre d'accouchement à domicile et des décès en communauté

La sensibilisation de la communauté sur les mauvaises pratiques (accouchements à domicile).

Objectif :

Sensibiliser les femmes enceintes des villages à une meilleure utilisation des soins maternels et infantiles offert par les centres de santé.

Agence d'exécution : Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire de Malanville
Karimama

Sources de financement :

Budget national

UNFPA

Localisation : 71 villages administratifs de la Zone sanitaire de Malanville-
Karimama

Date de démarrage : Année 2008

Domaine Principal du Sujet : Programme communautaire	Mots clés additionnels : Malanville, SONU communautaires, mortalité maternelle
Cibles : Les femmes enceintes et nouveaux nés Les parents de ces femmes prioritairement les maris	
Condition préalable : <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation (implication) effective des leaders et des autorités locales - Engagement de l'EEZ - Existence de matrones ou de femmes leaders dans les villages - Disponibilité des ressources 	
Stratégie utilisée : <ul style="list-style-type: none"> - Conception du projet par le MCZ et le C/RAMS - Validation du projet par l'EEZ - Réunion d'informations au niveau communautaire dans les villages : présentation de la situation de la mortalité maternelle et de l'initiative : - Réunion d'information au niveau de chaque commune en présence du conseil communal - Réunion d'information au niveau de chaque arrondissement - Constitution des comités villageois au cours de tournée des équipes de la zone 	
Résultats : <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'accouchement assisté s'est amélioré dans les centres de santé de 36% en 2007 à 42% en 2009 - Taux d'utilisation de la planification familiale est passé de 5% en 2007 à 9% en 2009 - Augmentation de la fréquence d'utilisation de l'ambulance pour la référence des cas de maternité 	
Leçons apprises : <ul style="list-style-type: none"> - Une part importante des accouchements à domicile peut être évitée grâce à la mise en place d'un système de recensement des grossesses et de référence systématique des cas de grossesse vers la maternité du centre de santé - Les matrones constituent une ressource indispensable dans la lutte contre la 	

mortalité maternelle à domicile.

- Une meilleure information sur l'état de santé des femmes permet d'améliorer les indicateurs de SMI

Éléments clés qui font marcher la pratique :

- La sensibilité importante de la population par rapport au décès des femmes enceintes ou en couches
- Implication effective des autorités locales (délégués et leaders, matrone influente)
- L'institution d'une prime aux meilleures sentinelles
- La compétition des sentinelles basée sur l'amélioration des indicateurs (taux d'accouchement à domicile, nombre de patientes référées, nombre de patientes aidées)
- Prime à toute matrone qui réfère une gestante dans une maternité (moitié du prix de l'accouchement)

Suivi évaluation :

- Le suivi de cette intervention est intégré au suivi des activités des comités à la supervision trimestrielle des activités communautaires faites par le C/RAMS et les chefs postes
- Restitution de la supervision et récompense des meilleurs comités

Élément critique

Pour s'assurer de la pérennisation, il faut la volonté et les ressources d'appui au niveau local (planifier en comptant sur des ressources propres)

Pérennisation : Possible au vue de la sensibilité du sujet de décès maternelle et du faible coût de la mise en œuvre de l'initiative

Ressources :

Membres EEZ

Comité villageois : Chef village, délégué, un relais dévoué, un leader imam ou prêtre ou les deux, et une matrone la plus influente

Conclusion : En quoi la pratique peut-être considérée comme une meilleure pratique ou pratique prometteuse

Possibilité de reproduire la pratique : Il est possible de reproduire la pratique dans d'autre zone car elle ne nécessite pas beaucoup de ressources, et les

populations sont sensibles et réceptives aux interventions visant à protéger la mère en couche.

Preuve du succès : Diminution des accouchements à domicile

Augmentation des accouchements assistés et du taux de PF dans les maternités

Personne interviewée : Dr NAMBONI Jacob

Fonction : Médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Malanville

Titre de la pratique 4 : Système sentinelle pour la surveillance des naissances et la mortalité maternelle et infantile à domicile dans la zone sanitaire de Tanguiéta depuis janvier 2006.

Contexte et description :

La zone sanitaire de Tanguiéta bénéficie de l'appui de la Fondation UNIDEA depuis l'année 2005, à travers le programme Tata Somba intitulé « Amélioration de la santé de base dans la Zone Sanitaire de Tanguiéta, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes et les enfants mal nourris » qui est à sa deuxième phase. L'un des résultats attendus de ce programme est l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et des maladies de l'enfance et donc une baisse de la mortalité maternelle et infantile.

Les taux de mortalité maternelle dont celui de l'ESD 2006 (397 décès pour 100 000 naissances vivantes) souvent cité au niveau national sont des estimations nationales et non le vrai taux au niveau de la zone sanitaire de Tanguiéta. Il en est de même pour le taux de mortalité infantile qui est estimé à 68 décès pour 1 000 naissances sur le plan national. Cet état de chose ne décrit donc probablement pas la situation réelle de la zone surtout que ces différents taux varient selon les sources. Aussi, les naissances à domicile qui sont à l'origine de certains décès maternels et infantiles sont régulières dans les villages de la zone.

Dans le but de suivre l'évolution des naissances à domicile et des décès infanto-maternels et de les réduire significativement, la zone sanitaire en collaboration avec la fondation UNIDEA a mis en place depuis 2006 et ce pour six ans dans tous les villages de la zone des sentinelles pour le recueil d'informations concernant les naissances et les décès infantile et maternel. Les sentinelles ainsi mises en place sont chargées de :

- Enregistrer sur les fiches les cas de naissance et de décès infantile et les cas de décès maternels survenus dans le village
- Informer immédiatement l'infirmier du centre de santé ou la responsable de la maternité en cas de décès maternels
- Aider le centre de santé pour la mobilisation sociale dans leur village

Objectifs :	
<ul style="list-style-type: none"> - Recenser le nombre d'accouchements intervenus à domicile dans la zone sanitaire de Tanguiéta ; - Déterminer le taux de mortalité infantile effectif à partir du recensement des décès infantiles dans tous les ménages de la zone sanitaire de Tanguiéta ; - Déterminer le taux de mortalité maternelle effectif à partir de recensement des décès maternels dans tous les ménages de la zone sanitaire de Tanguiéta ; - Déterminer les principaux motifs de décès infantiles, infanto-juvéniles et maternels dans la zone sanitaire de Tanguiéta. 	
Agence d'exécution : Equipe d'encadrement de la zone sanitaire de Tanguiéta Matéri Cobly	
Sources de financement : Fondation UNIDEA, Fondation du groupe bancaire Unicredit, Italie	
Localisation : 157 villages administratifs et hameaux de la zone sanitaire de Tanguiéta Matéri Cobly	
Date de démarrage : Janvier 2006	
Domaine Principal du Sujet : Santé communautaire	Mots clés: décès maternelle, décès infantile, communauté, sentinelle
Cible : Toutes les femmes enceintes, les nouveaux nés et les enfants de moins de cinq ans	
Leçons apprises :	
<ul style="list-style-type: none"> - Le recensement des cas de décès maternel est nécessaire pour le bon fonctionnement de l'équipe d'audit - Le recensement des cas de décès permet d'affirmer que l'estimation de la mortalité de la mortalité maternelle et infantile au niveau national n'était pas la réalité au niveau de la zone - Des interventions coordonnées et bien suivies permettent d'obtenir des résultats - Pour tout programme il est nécessaire d'avoir un bon système de suivi évaluation afin de pouvoir bien mesurer les impacts -Des relais communautaire bien formés peuvent valablement peuvent être le premier niveau du système de surveillance des maladies dans notre pays. 	

Conditions préalables :

- Cette intervention est chère et nécessite la disponibilité d'une équipe de supervision pour valider les données recueillies par les sentinelles.
- Engagement de l'EEZ

Étapes principales de mise en œuvre :

- Recrutement d'un consultant pour élaboration des outils de collecte
- Etude de base (méthode des sœurs)
- Atelier d'information des agents de santé : méthodologie de la collecte, choix des villages, critères de choix des sentinelles
- Atelier d'échange avec les élus locaux
- Formation des agents de santé : outils de collecte, cahier de charge des sentinelles
- Formation des sentinelles
- Sensibilisation de la communauté et démarrage

Résultats :

Ce système communautaire institué a permis de suivre les tendances des naissances, des décès infantiles et maternels.

Au total, le système permet non seulement de surveiller et de décompter les décès maternels mais aussi de générer données alertes pour déclencher la réalisation des audits de décès maternels et surtout des autopsies verbales.

Une enquête de fiabilité des données collectées par les sentinelles montre une bonne sensibilité (95%) pour les décès maternels et largement plus faible pour les décès infantiles (47%) et pour les décès infanto juvéniles (48%).

La sensibilité du système pour la collectes des données d'accouchements est acceptable (87%). Parmi les cas détectés par les sentinelles l'enquête a confirmé que 100% étaient effectivement des cas de décès maternels (Valeur prédictive positive du système sentinelle très bonne).

Ce système a par ailleurs montré son utilité pour alimenter les bases de données des collectivités locales pour les faits d'état civile et générer les actes de naissance. C'est un système pertinent pour apprécier l'impact des interventions de santé maternelle et infantile et également affiner la planification des interventions de santé publique.

De 2006 à 2010, le niveau de décès maternelle à baissé de 50%. Le système sentinelle a certainement contribuer à ce succès.
<p>Eléments clés qui font marcher la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation financière des sentinelles (3000 F CFA par mois par personne) - Le suivi des agents des centres de santé et les supervisions régulières de l'équipe de l'EEZ
<p>Suivi évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de proximité par les chefs poste et les responsables de maternité - Suivi trimestriel de l'équipe de la zone - Rapports trimestriels et annuels
<p>Eléments critiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision régulière de la zone - Motivation des sentinelles - Motivation des chefs postes et responsables maternités
<p>Pérennisation :</p> <p>Il s'agit d'une étude ponctuelle qui ne durera que cinq ans mais qu'on peut cependant reproduire si des ressources sont disponibles.</p>
<p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 157 des sentinelles - Chefs postes et responsables maternités - Membres EEZ - Outils de collecte - Coût annuel de l'intervention 7 000 000 FCFA (10 500 euros)
<p>Conclusion :</p> <p>Possibilité de reproduire la pratique : La reproductibilité est bonne. Le niveau requis pour les sentinelles est faible et les outils sont faciles à tenir. Seules les ressources importantes nécessaires pourraient constituer un frein.</p> <p>Preuve du succès : Les indicateurs de décès maternels et infantiles correspondent à la réalité du terrain et permettent un meilleur suivi de l'impact des interventions mise en œuvre.</p>
<p>Personne interviewée : SOHOUNDE Léandre</p> <p>Fonction : Statisticien de la Zone Sanitaire de Tanguiéta</p>

Titre de la pratique 5 : Audit des décès maternels dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo

Contexte et description :

La zone sanitaire d'Aplahoué comme les autres zones du Bénin connaît un fort taux de mortalité maternelle. Dans le but de connaître les vraies causes des décès et d'entreprendre des actions pour corriger certains dysfonctionnement de son système, elle s'est engagée dans la réalisation des audits de décès maternel en vue de tirer des enseignements nécessaires pour l'amélioration des soins apportés aux parturientes. C'est ainsi que grâce à l'appui de l'UNFPA, l'équipe nationale de formateurs dirigés par le Pr PERRIN Xavier a formé un pool d'auditeurs pour la réalisation des audits cliniques dans la zone sanitaire d'Aplahoué. Cette équipe locale d'auditeurs est chargée après chaque notification de décès maternels par les prestataires d'organiser les travaux préparatoires (étude et résumé du dossier), de programmer et de réaliser la séance d'audit qui se déroule suivant le canevas ci-après :

- évaluation des recommandations de l'audit précédent,
- présentation du résumé,
- soumission du dossier à la grille d'analyse,
- recommandations et
- lecture et amendement du rapport

Objectifs : Il s'agit de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale et plus spécifiquement :

- ✓ Optimiser des pratiques cliniques
- ✓ Rationaliser davantage l'utilisation des ressources
- ✓ Améliorer le moral et la motivation du personnel et des patientes
- ✓ Corriger certains dysfonctionnements du système qui sont à l'origine des décès maternels

Agence d'exécution : Equipe d'encadrement de la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo

Sources de financement :	
UNFPA Budget national	
Localisation :	
Zone Sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo	
Date de démarrage :	
Novembre 2007 à l'hôpital d'Aplahoué	
Domaine Principal du Sujet :	Mots clés additionnels : audit, décès
Soins Obstétricaux d'Urgence	maternels, Aplahoué
Cible : Personnels de santé impliquée dans la prise en charge de parturientes décédées ou near miss	
Conditions préalables :	
<ul style="list-style-type: none"> - Personnel disponible et formé sur la réalisation des audits - Volonté de l'équipe médicale à faire sa propre autocritique pour améliorer ses prestations 	
Étapes de mise en œuvre :	
<ul style="list-style-type: none"> - Formation d'une équipe de l'hôpital sur les audits de décès maternel et de near miss par l'équipe nationale - Création du comité d'audit médical de l'hôpital de zone par une note de service du coordonnateur (20 novembre 2007) - Implication des membres EEZ aux séances d'audit (avril 2009) 	
Résultats :	
<ul style="list-style-type: none"> • Les responsables de l'hôpital et le personnel soignant nous ont confiés que pour eux participer aux audits que se soit en décrivant leur propre contribution aux soins administrés à une femme qui décède par la suite ou en extrayant les renseignements des dossiers médicaux, constitue une intervention de santé qui a un impact majeur sur les agents qui ont du coup modifié et amélioré leurs pratiques ou prestations de soins .. • L'amélioration de la qualité des soins grâce à la mise en œuvre des recommandations (constaté lors des séances d'évaluation des recommandations) a certainement sauvés tant d'autres femmes et à contribuer à la baisse de la mortalité maternelle hospitalière 	

Leçons apprises :

- Plus que les ateliers de formations et la notification des statistiques de décès, les audits ont un effet pédagogique plus important sur les agents et conduisent à une réflexion personnelle qui est un outil précieux pour induire les améliorations dans les pratiques de soins.
- Le fait que les audits cliniques cherchent plutôt à identifier les failles du système de soins et de santé et non à servir de point de départ à des procès, à des sanctions administratives ou à des mises en cause permet une pleine participation des agents et évite des dissimulations de fautes et de mauvaises pratiques ayant potentiellement causés le décès d'une femme.
- Les agents des maternités avouent que le fait de devoir évaluer et apprécier sérieusement les soins administrés à une femme, alors qu'ils se souviennent encore de son visage et de la douleur de sa famille après son décès a fondamentalement modifié leurs pratiques et leurs a permis de sauver de nombreuses vies.

Éléments clés qui font marcher la pratique :

- - La programmation régulière des séances d'audit (deux audits par trimestre)
- - Les motivations financières des participants à la séance d'audit 7000 F CFA /personnes
- - Le fait que les audits cherchent plutôt à identifier les failles du système de soins et de santé et non à servir de point de départ à des procès, à des sanctions administratives ou à des mises en cause.

Suivi évaluation :

- Supervisions par l'équipe de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant aux premières séances d'audit
- Rapports d'audit archivés et expédiés à l'HOMEL et à l'UNFPA
- Evaluation des recommandations faites précédemment au démarrage de la prochaine séance d'audit

Éléments critiques :

Seuls deux audits par trimestre sont réalisés même s'il y a plus de deux décès

Les autopsies verbales en communauté ne se réalisent pas alors même qu'il y a plus de décès à domicile.

Pérennisation :

Le risque est l'affectation ou le départ du personnel actuel .Il faudra penser à refaire la formation des nouveaux agents afin de reconstituer une équipe d'audits.

Ressources :

- MCZ, D/HZ, Gynécologue, instrumentiste, SFE, responsable statistique, aide soignante et autres personnes impliquées selon le cas
- Environ 100 000 F CFA (150 euros) par audit

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : Les pratiques d'audits ne nécessitent pas un personnel spécial pour leurs réalisations. Les sages femmes, infirmières d'Etat ou breveté et les médecins disponibles dans tout hôpital sont suffisant quand ils reçoivent la formation pour réaliser les audits

Preuve du succès : La régularité des audits, la baisse de la mortalité maternelle intra hospitalière et l'amélioration de la qualité des soins constatée par l'équipe d'auditeurs constituent des arguments de succès de cette intervention.

Personnes interviewées :

Dr HOUILEY D. Comlan, MCZS Aplahoué

HANGBE-MEDENOU Gladys, SFE Aplahoué

Titre de la pratique 6 : Tam tam pour la mobilisation et le plaidoyer en faveur de la planification familiale à Bembèrèkè et Malanville

Contexte et description :

Dans le monde, la mortalité maternelle et néonatale demeure une préoccupation majeure pour les responsables en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Au Bénin on compte environ 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2006). Même si des progrès importants ont été observés ces dernières années, il s'agit tout de même d'un taux importants.

Parmi les causes de ces décès figure en bonne place le faible niveau de planification familiale chez les femmes alors qu'il est prouvé qu'une planification familiale adaptée aux besoins peut permettre dans les pays en développement de réduire le nombre des grossesses de 20 % et de diminuer au moins d'autant la mortalité et les séquelles liées à la grossesse et à l'accouchement. Au cours des trente dernières années, l'UNFPA a affiné sa stratégie pour pouvoir fournir des services de planification de la famille de haute qualité, proposer aux populations un large éventail de méthodes de contraception et autres produits de santé génésique, y compris des préservatifs féminins et masculins, et assurer le respect des choix individuels. La planification de la famille est un moyen peu onéreux de diminuer le taux de mortalité maternelle en permettant :

- de diminuer le nombre absolu de complications en réduisant les grossesses;
- de réduire le nombre d'avortements en évitant les grossesses non désirées ou imprévues;
- d'éviter les grossesses précoces, tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées.

Or dans les zones sanitaires de Bembèrèkè et Malanville, le taux de planification familiale est faible et tourne autour de 10% contre un objectif national de 14 %.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Jeunesse des Sports et des Loisirs avec l'appui technique de la DSF a décidé d'intégrer la promotion et l'offre des services clinique de PF pour satisfaire les besoins et accroître l'accès des adolescents et jeunes et l'utilisation des produits contraceptifs. L'ONG OSV Jordan a été donc sollicitée pour les activités de mobilisation et de plaidoyer en faveur de la PF à Malanville et Bembèrèkè.

Objectif : Améliorer la prévalence contraceptive dans les zones sanitaires de Bembèrèkè et Malanville	
Agence d'exécution : ONG OSV Jordan	
Sources de financement : UNFPA, PSI	
Localisation : ZS Mallanville, et Bemberekè	
Date de démarrage : Août 2009	
Domaine Principal du Sujet : Planification familiale	Mots clés additionnels : PF, CIEC, CJL, CD
Cibles : Toutes les femmes en âge de procréer des deux zones sanitaires	
Conditions préalables : Disponibilité d'un personnel de santé formés en PF au niveau des CEIC/CJL et de Disponibilité de salles pour le counseling garantissant la confidentialité.	
Etapas de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la situation - Formation du personnel en technique de communication en PF, sécurisation et gestion de la logistique contraceptive - Formation de 20 pairs éducateurs par site en vue de la mobilisation des adolescents et jeunes ; - Formation de 20 tutrices au niveau des zones sanitaires - Equipement et mise en place du matériel, kits de PF, consommables médicaux et supports de gestion ; - Plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires - Identification des groupements de femme pour composer des chansons et sketches sur les avantages de la PF - Conception des plaquettes et bâches de promotion de la PF - Lancement des activités de promotion de PF; - Journée mensuelle d'intensification des activités PF dans les CJL - Organisation des campagnes trimestrielles de promotion et d'offre de service clinique de PF dans les zones sanitaires ; - Suivi et supervision formative par l'ONG OSV Jordan et l'EEZ ; - Collecte et traitement des données ; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer actuellement en cours pour la généralisation, la pérennisation et la mobilisation des ressources - Collaboration avec les zones sanitaires.
<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nette augmentation de la fréquentation des CEIC/CJL pour les services de PF : moyenne mensuelle est passé de 10 à 40 %. - Le nombre moyen mensuel de nouvelles consultantes reçues est passé en moyenne de 25 à 80.
<p>Éléments clés qui font marcher la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adaptation des locaux de certains Centres d'Ecoute aux normes de PF ; - La pérennisation de l'approvisionnement régulier des sites en produits contraceptifs et supports de gestion ; - La prise en charge imminente du personnel des CEIC ; - La Mobilisation des ressources financières nécessaires ; - Le Partenariat avec les autres agences intervenant en SRAJ. - La disponibilité des produits contraceptifs
<p>Suivi évaluation :</p> <p>Une supervision formative mensuelle des prestataires et un suivi trimestriel des activités de CD sont réalisés et les indicateurs de suivi par les programmes sont analysés.</p>
<p>Leçons apprises :</p> <p>L'intégration des services de CD et de promotion de la PF dans les CIEC (Centres d'Ecoute, d'Information et de Conseils) a permis d'augmenter le nombre de jeunes qui fréquentent les CJL et d'améliorer de façon significative l'accès des jeunes aux autres services planification familiale.</p>
<p>Éléments critiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement du personnel des CLJ (le personnel travaillant dans les CJL n'a pas actuellement de salaire) - Motivation des tutrices, des pairs éducateurs - Gratuité des produits lors des campagnes
<p>Pérennisation :</p> <p>Oui mais nécessite des ressources financières conséquentes.</p>

Ressources :

20 267 940 F CFA (ZS+Journée mensuelles des CJL)

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : La planification familiale se présente aujourd'hui comme l'un des services de la SRAJ fortement demandé par les adolescents et jeunes et peut effectivement jouer le rôle de prévention aux grossesses non désirées.

- Assurer un bon plaidoyer en vue de la mobilisation ressources ;
- Mettre en place un mécanisme fiable et intégré d'approvisionnement et de gestion des produits contraceptif (notamment les CI et les implants sont fortement demandés) ;
- Définir les stratégies de prestation de services y compris celles permettant d'atteindre les jeunes qui ne fréquentent pas les services fixes ;
- Assurer le renforcement des capacités et la formation continue du personnel ;
- Bien évaluer les coûts et bien situer les sources de financement ;

Assurer la supervision formative et le suivi régulier des activités.

Preuve du succès : Amélioration des indicateurs de PF se manifestant par augmentation de la fréquentation des CEIC/CJL pour les services de PF : moyenne mensuelle est passé de 10 à 40.

Le nombre moyen mensuel de nouvelles consultantes reçues est passé en moyenne de 25 à 80. Il en est de même pour les produits contraceptifs

Personne interviewée :

METAHOU Achille, OSV Jordan Parakou

Titre de la pratique 7 : Initiative Femme pour Femme dans la zone sanitaire de Tanguiéta

Contexte et description :

Les décès maternels constituent un véritable problème de santé publique dans les pays en développement qui continuent à supporter ce lourd fardeau.

Le Bénin, avec un taux de mortalité maternelle estimé à 498 pour 100 000 naissances vivantes, N'échappe pas à la règle. (EDSIII)

Malgré les efforts du Ministère de la Santé publique, la forte mortalité maternelle n'a pu être jugulée.

La zone sanitaire de Tanguiéta en 2003, caractérisée par un environnement socio économique défavorable et des mauvais indicateurs de santé maternelle et infantile, continuait de perdre des femmes lors de l'accouchement et des suites d'accouchement. Parmi les causes indirectes de ces décès, figuraient en bonne place des problèmes d'accessibilité financière et géographique. C'est alors que la zone sanitaire grâce à l'appui du projet Néerlandais ABNSSP a réalisée une étude de faisabilité d'une initiative dénommée « Initiative Femme pour Femme » qui est une stratégie de solidarité entre les femmes enceintes pour sauver leurs paires évacuées à l'hôpital St Jean de Dieu afin de limiter les problèmes d'accès financier aux soins .

Son financement est assuré par une caisse de solidarité alimentée par une cotisation de 200 FCFA par femme enceinte, recueillis au cours des consultations prénatales. En cas de complications ou d'urgence obstétricale nécessitant une référence à l'hôpital, l'initiative prend en charge la totalité des frais d'ambulance et la moitié des frais occasionnés par les soins à l'hôpital.

Objectif :

Supprimer la barrière financière pour le transport et la Prise en charge des complications obstétricales

Agence d'exécution : Equipe d'encadrement de la zone sanitaire de Tanguiéta-Materi-Cobly

Sources de financement : Cotisation des femmes, Budget national (10% des dotations carburants) , financement communautaire et autres donateurs (Bureau de zone, Hôpital de zone, Unidéa)	
Localisation : Toutes les 22 maternités de la Zone Sanitaire de Tanguiéta	
Date de démarrage : Octobre 2003	
Domaine Principal du Sujet : Soins Obstétricaux d'Urgence	Mots clés additionnels : urgences obstétricales, accessibilité financière transport
Cible : Femmes enceintes	
Conditions préalables : <ul style="list-style-type: none"> - Système de référence bien fonctionnel : ambulance, Moyen de communication - Hôpital de zone bien fonctionnel avec disponibilité des SOUC - Volonté de l'EEZ 	
Etapes de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> • Etude de faisabilité • Sensibilisation des agents de santé et des chefs postes • Sensibilisation des responsables de l'hôpital • Sensibilisation de la communauté : COGECS et femmes enceintes au cours des CPN • Mise en place du fond capital de 2 500 000 F CFA par l'hôpital, et le bureau de zone • Lancement de l'initiative par une phase pilote limitée à 7 formations sanitaires sur les 18 que comptait la zone sanitaire. • Evaluation après 18 mois (juin 2005) • Extension a tous les autres centres de santé en janvier 2006 • Deuxième évaluation en juillet 2007 	

Résultats :

Baisse des décès maternels 49 décès en 2005 à 24 décès en 2008

Démarré en octobre 2003, l'IFF a permis de mobiliser **12 423 926 F** et de prendre en charge 864 femmes jusqu'en décembre 2008.

Au cours de l'année 2009, il y a eu un seul décès maternel dans la communauté et aucun décès dans les centres de santé. Dix décès à l'hôpital. Baisse de 50% des décès maternel dans la zone.

Leçons apprises :

- ✓ La barrière financière est effectivement un frein au recours et à l'accès au SOU
- ✓ Quand elles comprennent le bien fondé et constate l'intérêt d'une intervention, les communautés sont prêtes à y contribuer (1 800 000F mobilisées chaque année au près des femmes enceintes soit 200F x 9000 femmes vues en CPN)
- ✓ Les mutuelles de santé peuvent permettre une bonne accessibilité des soins

Éléments clés qui font marcher la pratique :

- Adhésion systématique des femmes à l'initiative du fait de l'intérêt pour leur santé et du faible montant de la cotisation
- Le bon fonctionnement du système de référence (ambulances, RAC)
- Disponibilité permanente des soins obstétricaux à l'hôpital de zone de Tanguiéta

Suivi évaluation :

- Rapport semestriel fait par le point focal IFF au cours des inventaires : le nombre de femmes ayant cotisé est recensé et les cotisations versées dans le compte de l'initiative au bureau de zone
- Point des femmes ayant bénéficié de l'IFF est fait tous les six mois et les frais d'ambulance et de prise en charge sont remboursés à l'hôpital et aux ambulanciers des communes.
- Evaluation externe de l'initiative tous les deux ans (évaluation en 2005 et en 2007)
- Réunion technique de l'EEZ élargie au comptable des communes et de l'hôpital si problème sur IFF

Elément critique : Mobilisation des ressources complémentaires. Les cotisations des femmes sont insuffisantes pour faire marcher le système.

Pérennisation :

Oui si la mobilisation des fonds au niveau des sources identifiées est effective

Ressources :

- Point focal à l'EEZ
- Comptable CSC
- Cotisations des femmes : 200F CFA par grossesse
- 10% des TV du Budget national retenu au niveau des dotations des centres et reverses à l'initiative
- Appui ponctuel de 3 500 000 F du Partenaire Unidea. Frais de soins à l'hôpital de zone
- Fonds des indigents
- Appui des financements communautaires : 1% des bénéficiaires des centres
- Outils de gestion
- Ambulance
- RAC

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : Les différentes évaluations ont montré une bonne acceptabilité de la pratique aussi bien par les femmes qui cotisent que par leur entourage notamment les maris. Le montant de la cotisation n'est que de 200 F CFA et il est jugé accessible aux femmes au vu des bénéficiaires auxquelles elles ont droit.

Preuve du succès :

100% des femmes vues aux CPN adhèrent à l'initiative

100% des femmes présentant une urgence obstétricales ont bénéficié de l'initiative de transport gratuit et de réduction de 50% des frais de soins à l'hôpital. Cela a réduit les trois retards responsables habituellement des décès maternels. Le nombre de décès maternels dans la zone a été divisé par 3 en 5 ans.

Personne interviewée : TANE Aristide

Fonction : CAR Zone Sanitaire Tanguieta

Titre de la pratique 8 : Le forfait obstétrical dans les centres de santé de la zone sanitaire de Djougou

Contexte et description :

La zone de Djougou a enregistré à travers les émissions des radios locales et les représentants de la communauté, COGECS des plaintes des parturientes sur le coût trop exorbitant de l'accouchement payés par les femmes dans les maternités allant parfois jusqu'à 50 000 F. En effet le mode de paiement des soins dans les centres de santé est le paiement à l'acte ce qui est une porte ouverte à une facturation à la tête du client et à des rançonnements qui ont été confirmés par des enquêtes rapides à type de « clients simulés ». Dans le même temps, le recouvrement des coûts, principale source de financement des activités des centres de santé prend un coup avec à la clé, des formations sanitaires de moins en moins viables. La couverture obstétricale stagne-t-elle et peine à atteindre les objectifs fixés car en raison des coûts liés à l'accouchement élevés, les familles optent pour les accouchements à domicile. Pour pallier cette situation, l'EEZ a proposé la mise en place d'un système de paiement par forfait pour tous les accouchements dans les 27 maternités publiques de la zone sanitaire de Djougou.

Une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin gynécologue, des trois sages femmes responsables des maternités centrales de la zone sanitaire, du médecin chef de ouaké et de la sage femme de l'équipe d'encadrement.

Cette équipe a déposé sa proposition avec le contenu du kit pour accouchement eutocique avec prise en compte de l'administration de syntocinon pour la prévention des hémorragies du post partum. Le contenu du kit a été valorisé par le prix cession malade de chaque médicament et consommable. Le coût initial était de 8 000 F. Cette proposition a été soumise à l'approbation du comité de santé du mois de Juillet 2009 qui a adopté le Kit et a fixé son coût à 7 000 F. Une note de service a été prise par le médecin coordonnateur pour instaurer l'application effective du forfait pour tout cas d'accouchement simple à la maternité. Les ressources utilisées dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du kit sont essentiellement issues du financement communautaire en termes de perdiems des membres de

l'équipe d'élaboration, de jetons de présence pour la session du comité de santé. La note service officialisant l'initiative est entrée en vigueur, en Août 2009 (note de service N°268/2009/MS/DDS-AD/ZS-DCO/BZ-DJ/SA du 17 Août 2009).

Le contenu des soins et des médicaments auxquels donne droit le forfait est le suivant :

- 4 gants stériles
- 4 ampoules d'HBB
- 1 flacon de sérum glucosé 5% 500 CC
- 2 ampoules d'ocytocine
- 1 perfuseur
- 1 cathéter G18 ou G20
- 4 seringues de 10 CC
- 30 comprimés d'amoxicilline 500 mg
- 1 ampoule de vitamine K1
- 1 collyre ophtalmique
- 1 flacon d'amoxicilline 125 mg suspension
- 1 bande Velpeau.

Objectif :

- ✓ L'augmentation de la couverture obstétricale dans l'ensemble de la zone sanitaire,
- ✓ L'amélioration de la viabilité financière des centres de santé,
- ✓ L'amélioration de la satisfaction des populations en matière de soins obstétricaux avec la réduction du rançonnement des parturientes dans les maternités dans un contexte de paupérisation des populations

Agence d'exécution : Equipe d'encadrement de la zone sanitaire de Djougou

Sources de financement : Financement communautaire

Localisation : Zone Sanitaire de Djougou

Date de démarrage : Août 2009

Domaine Principal du Sujet :

Soins obstétricaux d'urgence

Mots clés additionnels : Djougou,

forfait, accouchement

Cible :

Femmes enceintes de la zone sanitaire de Djougou

Leçons apprises :

- Le paiement par forfait est une stratégie efficace pour réduire la vente illicite des médicaments et le rançonnement des parturientes
- Le lobbying de la communauté est un outil efficace pour améliorer l'offre de soins des prestataires
- Le paiement par forfait est acceptable par les communautés et améliorer les ressources des centres.
- L'incertitude sur le montant des frais de soins freine la fréquentation des centres de santé .

Conditions préalables :

Engagement de l'EEZ et de la communauté

Pleine participation et engagement des COGECS

Stratégies utilisées :

- Réunion préparatoire de l'EEZ
- Mise en place d'une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin gynécologue, des trois sages femmes responsables des maternités centrales de la zone sanitaire, du médecin chef de ouaké et de la sage femme de l'équipe d'encadrement pour étudier la question du forfait obstétrical dans les maternités de la zone en vue de faire des propositions concrètes à l'EEZ
- Deux séances de réflexion du comité qui est arrivé à proposer le forfait de 10 000 pour chaque accouchement
- Etude de la proposition par l'EEZ
- Validation du montant du forfait par le comité de santé qui au cours de sa session ordinaire du premier semestre a arrêté que tout accouchement simple dirigé ou débuté à domicile (acte, hospitalisation et kit compris) soit fait contre un montant forfaitaire de 7 000 F CFA

Résultats :

Une meilleure satisfaction des populations et des parturientes avec une accalmie quant aux plaintes liées au renchérissement artificiel des coûts des soins au niveau

des maternités de la zone sanitaire

Une amélioration des recettes mensuelles des formations sanitaires. La part des recettes liées aux accouchements a triplée en deux ans passant de 5 262 500 F CFA en 2008 à 15 596 935 F CFA en 2010.

Le taux moyen d'utilisation en accouchements assistés dans la zone est passé de 31% en 2008 à 47% en 2010.

Éléments clés qui font marcher la pratique :

Forte implication et adhésion du comité de santé et des COGECS.

Les populations payent moins qu'au paravent

Les chefs postes sont motivés à suivre la pratique parce qu'elle lutte contre le rançonnement des parturientes

Suivi évaluation :

Suivi par le SNIGS, le monitoring et les inventaires semestriels

Echanges avec les COGECS

Éléments critiques :

Bonne adhésion des agents des maternités car il y a la clé la perte de certains de leurs « avantages ».

Engagement des membres de l'EEZ et de la communauté

Implication de la radio communautaire pour expliquer le fondement de l'initiative.

Pérennisation :

Pratique simple et peu onéreuse. Facile à répliquer.

Ressources :

- Disponibilité du personnel dans les centres de santé (SFE, infirmières, aides soignantes, caissier, commis et autres)
- Financement communautaire
- Disponibilité d'un équipement minimum dans les maternités

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : La pratique pour sa mise en œuvre ne nécessite pas d'intrants importants. Une étude sommaire d'analyse de coût pour déterminer le paquet à offrir et le prix à payer par les femmes. Puis l'engagement de l'EEZ et des COGECS pour prendre la décision politique de mise en œuvre. Il faudra néanmoins considérer la forte réticence des agents qui sentent perdre une

grande source de revenus illicites.

Preuve du succès : L'acceptation par les leaders locaux, les femmes, l'augmentation du nombre de CPN et d'accouchement assisté et l'augmentation des recettes des financements communautaires sont des preuves que cette pratique est salubre pour la population et qu'elle est efficace.

Personne interviewée : Dr SOURAKATOU Salifou,

Fonction : Médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Djougou

Titre de la pratique 9 :

L'Intégration du Counseling et Dépistage (CD) du VIH dans les Centres d'Ecoute, d'Information et de Conseils (CEIC) des Centres de Jeunes et de Loisirs (CJL) au Bénin accroît l'accès et l'utilisation des jeunes aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

Localisation : Bénin,

Date : 21 Août 2009.

Description de la préoccupation et du contexte : Les campagnes de communication pour le changement de comportement en matière de Santé de la Reproduction développées à travers les CEIC/CJL ont créé une forte demande en services de Counseling et Dépistage (CD) du VIH chez les adolescents et jeunes. Cette demande a été accentuée par la promotion continue du conseil et dépistage volontaire, anonyme et gratuit du VIH au niveau des CJL telle que recommandée par le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2007-2011. Selon l'EDS 2006, plus de 74% des jeunes de 15 à 24 ans désirent connaître leur statut sérologique face à l'infection par le VIH/Sida.

Toutefois, ces jeunes ne sont pas prêts à aller chercher ces services dans les structures classiques que sont les centres de santé. Ils préfèrent des centres où ils se sentiront à l'aise et peuvent échanger et se réjouir dans une ambiance amicale à l'image des CJL. Malheureusement, l'approche non médicale du projet ne permet pas l'offre de ces services sur ces sites, ce qui entraîne d'importants besoins non satisfaits en matière de counseling et dépistage du VIH. Selon les résultats de l'EDS 2006, seulement 4,4% des jeunes garçons de 15 à 24 ans et 7,3% des filles de même âge ont fait le test de dépistage du VIH et ont reçu leur résultat durant les 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette non satisfaction des besoins réduit non seulement l'accès aux services de CD du VIH mais également l'accès aux autres services de SRAJ/VIH si l'on sait que le CD du VIH a été toujours présenté comme une porte d'entrée aux services de prévention et de prise en charge en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Jeunesse des Sports et des Loisirs a décidé d'intégrer les services de CD dans les CEIC/CJL pour satisfaire les besoins et

accroître l'accès des adolescents et jeunes et l'utilisation des services de prévention et de prise en charge en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Cette initiative a bénéficié de plusieurs facteurs favorisant dont notamment la politique nationale en la matière, la promotion du dépistage à l'initiative du prestataire, la simplification des procédures de dépistage avec les tests rapides, la disponibilité d'un personnel de santé au niveau des CEIC/CJL et de salles pour le counseling garantissant la confidentialité. L'expérience a été marquée par une phase expérimentale qui a duré 6 mois à partir de juillet 2008 et une phase de poursuite de janvier 2009 à ce jour. Elle a couvert les CJL des 9 communes de couverture du projet sur les 77 que compte le Bénin.

<p>Domaine Principal du Sujet : Prévention du VIH et des grossesses non désirées</p> <p>Autre : Santé de la reproduction des adolescents et jeunes (SRAJ).</p>	<p>Mots clés additionnels : Centre d'Ecoute d'Information et de Conseils (CEIC) en SRAJ Conseils et dépistage du VIH</p>
--	---

Leçon apprise : L'intégration des services de CD du VIH dans les Centres d'Ecoute, d'Information et de Conseils (CEIC) des Centres de Jeunes et de Loisirs (CJL) a permis de couvrir un nombre important de jeunes en conseils et dépistage de VIH dans les communes d'implantation du projet et d'améliorer de façon notable, l'accès des jeunes aux autres services de Santé Sexuelle et de la Reproduction.

<p>Stratégies utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et validation d'une stratégie d'intégration de counseling et dépistage du VIH dans les CEIC/CJL ; - Formation du personnel en counseling et dépistage du VIH ; - Formation des pairs éducateurs en vue de la mobilisation des adolescents et jeunes ; - Equipement et mise en place du matériel, kits de tests, consommables médicaux et supports de gestion ; - Lancement des activités de CD et appui technique du démarrage ; - Organisation des campagnes de counseling et dépistage ; - Suivi et supervision formative ; - Collecte et traitement des données ;
--

- Plaidoyer actuellement en cours auprès du PNLIS en vue de l'accréditation des CEIC/CJL comme des sites officiels de CD du Ministère de la Santé ;
- Collaboration avec les zones sanitaires.

Durée de la phase pilote : Six (6) mois allant de juillet à décembre 2008

Phase de poursuite : Dès Janvier 2009

Défis

- L'adaptation des locaux de certains Centres d'Ecoute aux normes de CD ;
- La pérennisation de l'approvisionnement régulier des sites en réactifs, consommables et supports de gestion ;
- La continuité de la prise en charge du personnel SRAJ ;
- La prise en charge du VIH chez le jeune dans un contexte de stigmatisation très élevée
- La Mobilisation des ressources financières nécessaires ;
- Le Partenariat avec les autres agences intervenant en SRAJ.

Résultats :

- Nette augmentation de la fréquentation des CEIC/CJL du premier au second semestre 2008 en rapport avec l'intégration des services de CD du VIH et élargissement de la gamme de services de SSR proposés aux adolescents et jeunes. Le nombre moyen mensuel de jeunes filles et garçons de 10 -24 touchés est passé de 900 à 1695 par mois soit du simple au double environ.
- Utilisation accrue des services de counseling et dépistage du VIH dans les différentes communes d'intervention du projet. Avec l'appui des pairs éducateurs, chaque site réalise en moyenne 200 tests par mois et offre les autres services de SSR (prise en charge des IST, services et produits de planification familiale, référence des cas...). Cette moyenne mensuelle de 200 tests est doublée voire triplée lors des campagnes de masse au cours des journées statutaires (JMS, JMP, JIJ...). Les Cas positifs sont référés pour prise en charge et sont suivis (08 cas 2008).
- Les séances de counseling offrent l'occasion d'aborder les questions liées aux IST/VIH/Sida et aux grossesses non désirées afin de promouvoir la double protection
- L'intégration des services de CD dans les CEIC/CJL a permis d'améliorer la

prise en charge globale des adolescents et jeunes atteints par le VIH y compris la communication parents - enfants, le soutien à la poursuite des études scolaires ou de l'apprentissage ... Elle offre l'occasion d'aborder l'épineuse question de santé de la reproduction des jeunes infectés par le VIH : les rapports sexuels, l'utilisation systématique du condom, le mariage en connaissance de cause, la prévention des grossesses non désirées, la procréation, la prévention de la transmission mère-enfant...

Conclusions et Recommandations : Le Conseil Dépistage (CD) du VIH se présente aujourd'hui comme l'un des services non controversé de la SRAJ. Il est fortement demandé par les adolescents et jeunes et peut effectivement jouer le rôle de porte d'entrée aux services de prévention et de prise en charge en matière de santé sexuelle et de la reproduction y compris la promotion de l'utilisation du préservatif comme moyen de double protection. Toutefois, avant d'intégrer les services de CD dans les programmes de jeunes, il faut :

- Bien examiner les politiques et directives nationales en la matière en vue de la prise des dispositions nécessaires pour ne pas être bloqué au démarrage ;
- Définir un paquet minimum de services intégrés de SSR à offrir et un mécanisme fonctionnel de référence des adolescents et jeunes dépistés séropositifs ;
- Assurer un bon plaidoyer en vue de la mobilisation ressources ;
- Mettre en place un mécanisme fiable et intégré d'approvisionnement et de gestion des produits de base (notamment les réactifs, consommables médicaux et supports de gestion, médicaments anti IST) ;
- Définir les stratégies de prestation de services y compris celles permettant d'atteindre les jeunes qui ne fréquentent pas les services fixes ;
- Assurer le renforcement des capacités et la formation continue du personnel ;
- Bien évaluer les coûts et bien situer les sources de financement ;
- Assurer la supervision formative et le suivi régulier des activités.

Suivi suggéré : Une supervision formative mensuelle des prestataires et un suivi trimestriel des activités de CD sont réalisés et les indicateurs de suivi par les programmes sont analysés.

Pérennisation : La prise en compte des CEIC/CJL par le Programme National de

Lutte contre le Sida (PNLS) dans les sites de CD du Ministère de la Santé et leur intégration dans le dispositif de la zone sanitaire demeure la stratégie la plus pérenne de l'intégration.

Passage à l'échelle : L'extension des CEIC intégré au CD est envisagée dans le cadre du Cadre Stratégique National en vue de couvrir progressivement les 77 Communes. L'appui de l'UNFPA au Bénin dans le cadre du 7^{ème} programme de coopération 2009-2013 prend en compte la création de 8 nouvelles CEIC pour les 5 ans.

Coût : Le coût du processus s'élève à 12 972 200 fcfa soit 26 000 USD environ ayant permis de couvrir notamment la Définition d'une stratégie et sa validation par le CNLS et le PNLS y compris l'étude de faisabilité ; la Formation des infirmières conseillères (9) ; les Equipements (petits matériels) et consommables médicaux ; l'approvisionnement trimestrielle en réactifs , et l'appui technique de l'ONGOSV/Jordan.

Liens et Ressources :

- Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2007 - 2011 ;
- Stratégie d'institutionnalisation de la prévention du VIH dans les programmes de jeunes au Ministère de la jeunesse.
- Politiques et normes en santé familiale
- Document de Paquet Minimum d'Activités de Santé de la Reproduction (PMA /SR)
- Rapport trimestriel d'activités et de mission de terrain.

Personne interviewée :

Alexandrine Dazogbo, chargée de programme SR/AJ UNFPA Bénin

Titre de la pratique 10 : Dépistage et accompagnement des femmes souffrant de fistules obstétricales dans l'Atacora

Contexte et description :

Le Bénin s'est inscrit dans la campagne globale de lutte contre les fistules obstétricales depuis 2003 à travers le projet intégré de lutte contre les fistules obstétricales qui est à sa deuxième phase de mise en œuvre.

Deux millions de cas de fistules obstétricales circulent dans le monde (OMS)

Au Bénin, 1 à 3 cas surviendraient pour 1000 accouchements et on peut estimer à 4 400 le nombre de femmes porteuses de FO dans le pays. Mais ces cas ne sont pas dépistés du fait de la difficulté d'accès aux soins réparateurs y afférant, la honte et le vécu quotidien de la femme porteuse de fistule.

Dans l'Atacora-Donga, l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta prend en charge les FO depuis 1996 à travers les missions de coopération périodiques. Mais jusqu'en 2008, la majorité des cas prise en charge dans cet hôpital (environ 80%) venaient du Burkina Faso faisant croire à une faible prévalence au Bénin. Or en 2006, une petite campagne de dépistage organisée par la zone sanitaire de Tanguiéta a permis de dépister 17 cas en une semaine. C'est alors que la zone sanitaire et ses partenaires notamment la Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicale (GFMR) du Pr Charles Henri ROCHAT et en s'inspirant de l'expérience de l'ONG SENTINELLES de Fada au Burkina Faso, ont identifié une ONG pour le dépistage et l'accompagnement des femmes porteuses de fistule obstétricale. Ainsi, l'ONG ESSOR a été recruté pour s'occuper du :

- Dépistage du maximum de cas de FO
- L'accompagnement des FO de l'Atacora-Donga et des autres FO du reste du pays pour leur prise en charge : Mettre à la disposition des femmes porteuses de FO attendant d'être opérées des conditions décentes d'hébergement et de restauration ;
- Suivi à domicile des FO après les interventions
- La promotion d'un comportement favorable de la communauté vis-à-vis des fistuleuses

<p>- La prévention des FO par la lutte contre les accouchements à domicile, une des causes importantes des fistules.</p> <p>Cette ONG a démarré ses activités de lutte contre les FO en mars 2008.</p>	
<p>Objectif :</p> <p>Dépister les femmes porteuses de fistules obstétricales</p> <p>Organiser leur prise en charge à l'hôpital St Jean de Dieu (transport, hébergement, accompagnement à l'hôpital)</p> <p>Assurer la réinsertion sociale et économique des FO guéries dans leur communauté</p>	
<p>Agence d'exécution : ONG ESSOR, Natitingou</p>	
<p>Sources de financement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fondation Genevoise pour la Recherche Médicale (GFMER) ✓ Fonds des Nations Unis pour la Population (UNFPA) 	
<p>Localisation : Atacora et Donga</p>	
<p>Date de démarrage : Mars 2008</p>	
<p>Domaine Principal du Sujet : Prise en charge des fistules obstétricales, séquelles de l'accouchement</p>	<p>Mots clés : fistules obstétricales, ONG Essor, Tanguiéta</p>
<p>Cibles : Les femmes porteuses de fistules obstétricales.</p>	
<p>Leçons apprises :</p> <p>Les femmes porteuses de FO existent et se cachent parce que stigmatisées par leur communauté</p> <p>Les communautés ne savaient pas qu'on peut guérir les FO et que l'offre thérapeutique est disponible à l'hôpital de Tanguiéta</p> <p>Les femmes porteuses de fistules sont surprises de voir qu'elles sont nombreuses à souffrir du mal, tellement elle se sentait seul.</p> <p>La réussite de la réparation de la fistule en soit est un élément majeur de réinsertion sociale. Les femmes guéris sont facilement réintégrés dans leur communauté.</p> <p>Le paiement des frais de réparation et les frais connexes (transport, restauration) sont constituait un frein pour l'accessibilité aux soins des femmes porteuses de FO.</p>	

Condition préalable : Existence d'une offre thérapeutique hospitalière pour prendre en charge les FO

Etapes de mise en œuvre de la pratique :

- Recrutement de l'ONG par la zone avec l'appui des partenaires
- Elaboration d'un plan de travail
- Mise en place du réseau de dépistage dans les zones sanitaires : Relais-Agents de santé – bureau de zone et ONG essor
- Formation des agents de santé et des relais sur le dépistage des FO
- Mise en place d'un partenariat avec les radios rurales
- Organisation des missions de réparation
- Activités de communication et de diffusion

Résultats :

Le nombre de femmes béninoises dépistées et prises en charge est passé de 17 femmes en 2007 à 120 en 2009 .

Du fait du nombre important de femme dépistée, l'hôpital organise désormais 3) à 4 missions de réparation par an au lieu d'une seule antérieurement

Éléments clés qui font marcher la pratique :

- La gratuité de la prise en charge des femmes à Tanguiéta
- Le mode pyramidal du réseau de dépistage calqué au découpage sanitaire
- Le soulagement apporté par la réparation : confort de vie et levée du stigmatisme

Suivi évaluation :

Collecte et saisie des données individuelles des femmes

Rapports des campagnes de dépistage

Rapport des missions de réparation

Réunions techniques semestrielles

Éléments critiques :

Activité difficile à mener sans un engagement réel des membres de l'ONG et sans partenaires techniques et financiers.

Les femmes porteuses de FO se cachent du fait du stigmatisme et il faut de la persévérance pour les retrouver

Pérennisation : La clé de la pérennisation de cette pratique est la disponibilité de

l'appui financier et la disponibilité d'une ONG à faire ce travail.

Ressource : Le montant annuel des activités de dépistage et d'accompagnement est de 12.000.000 Fcfa soit 20 000 euros environs

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : Une ong a été recruté sur le model de l'ONG Essor pour faire les mêmes activités dans le Borgou et l'Alibori.

Preuve du succès : Les activités de l'ONG ont permis de dépister et prendre en charge cinq fois plus de femmes que la zone ne le faisait dans les années 2006 et 2007. Le nombre missions de réparations est passé de deux à quatre.

Personne interviewée :

BASSONGUI B. S. Rafiatou, Directrice Exécutive de l'ONG Essor

Titre de la pratique 11 : Les mutuelles de santé comme stratégie d'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité dans la commune de Bembèrèkè

Contexte et description :

L'Etat béninois a consenti depuis les années 1990, d'importants efforts dans la réalisation d'infrastructures sanitaires, ce qui a permis d'atteindre un taux de couverture en infrastructures sanitaires de plus de 80%. Malgré ces efforts, le taux de fréquentation des formations sanitaires stagne toujours depuis plusieurs années autour de 35%. Ceci s'explique par plusieurs facteurs dont la faiblesse du pouvoir d'achat des populations. Les Institutions de Micro-Assurance Santé ont été donc préconisées comme une réponse appropriée aux problèmes d'accessibilité financière aux soins et services de santé.

Depuis bientôt une dizaine d'années, on note une émergence progressive de deux grands types d'institution de Micro-Assurance Santé au Bénin dont les mutuelles de santé. Dans la commune de Bembèrèkè, le PROMUSSAF avec l'aide d'autres partenaires a mis en place des mutuelles de santé dans les cinq arrondissements.

Les étapes suivantes ont été suivies dans le processus de mise en œuvre des mutuelles dans la commune de Bembèrèkè : Etude de faisabilité, identification des leaders à qui on donne la première formation, mise en place du bureau préparatoire, sensibilisations et information de la population, Assemblée générale constitutive, statut et Règlement Intérieur : paquet d'activité, mode de paiement, élection organes de gestion (AG, BE, CA, comité de surveillance), formation des élus en gestion administrative, recouvrement des cotisations, conventions avec les prestataires, suivi évaluation ; création de l'union des mutuelles de la commune en 2005, pour coordonner les mutuelles, et prise en charge des soins à l'Hz :

- Le Paquet couvert par les mutuelles est le paquet minimum d'activités des centres et quelques interventions au niveau de l'hôpital : césarienne, rupture utérine et autres complications obstétricales, morsures de serpent. La mutuelle prend en charge le paiement de 75% des coûts au Centre de santé et 60% des coûts à l'HZ. Le reste est payé par le patient. Les mutuelles ont aussi signé des conventions avec les prestataires de soins et appuient quelques formations pour améliorer la qualité de l'offre.

Objectif : Rendre plus accessible les soins aux populations dont les revenus sont irréguliers Organiser et structurer la demande de soins	
Agence d'exécution : PROMUSAF	
Sources de financement : PROMUSAF, UNFPA, Mutualité chrétienne d'ARLON en Belgique	
Localisation : Commune de Bembèrèkè , 5 arrondissements	
Date de démarrage : 2001	
Domaine Principal du Sujet : Amélioration de l'accessibilité financière aux soins	Mots clés additionnels : mutuelles, soins, Bembèrèkè
Cibles : Les paysans, à revenus irréguliers, artisans, commerçants, et même les fonctionnaires	
Leçons apprises : <ul style="list-style-type: none"> • L'engagement et la crédibilité des élus locaux est un gage de succès • La mutuelle ne marche que si elle est sensiblement soutenue par un promoteur • La mutuelle ne marche que si les agents de santé sont favorables à l'initiative. Si les agents de santé s'opposent ils le manifestent par le mauvais accueil des mutualistes, la surprescription des médicaments et actes médicaux. 	
Condition préalable : Loi de 1901 sur la création des associations est la base juridique. Il faut un minimum de ressource, avoir la culture de cotisation ou la culture associatives et l'esprit de solidarité et d'entraide, avoir de bon centres de santé.	
Résultats : <ul style="list-style-type: none"> • Un Lobbying plus important sur les centres de santé pour réclamer plus de qualité des soins. • Une Meilleure qualité des soins : • Une diminution du coût moyen par cas • Point de 2001 à décembre 2008 • Membres 1676 • Bénéficiaires 5352 	

<ul style="list-style-type: none"> • Cotisations cumulées 32 756 355 F CFA • Montant versé aux centres de santé 15 481 530 F CFA
<p>Eléments clés qui font marcher la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagements des responsables des MAS dans les villages. Pourtant la fonction est bénévole mais les responsables ont compris l'intérêt que représente pour leur communauté le fait d'avoir les mutuelles. • L'intensité de la sensibilisation : causerie en petit groupe, la radio rurale • Bon choix des élus chargé de gérer les mutuelles : élus jeunes et motivés
<p>Suivi évaluation :</p> <p>Rapport chaque mois par chaque mutuelle ; tous les trois mois évaluation trimestrielle puis semestrielle, puis annuelle : nombre d'adhérent, niveau des cotisations, nombre de bénéficiaires, les dépenses (montant versé aux centres de santé) , les indicateurs sanitaires</p>
<p>Eléments critiques : fidélisation des mutualistes</p> <p>Plus de 1600 bénéficiaires ont été exclu pour non paiement des cotisations (manque d'argent, mauvaise qualité des soins au centre, mauvais esprit de solidarité : mutualiste se décourage parce qu'il a payé deux ans sans tomber malade)</p>
<p>Pérennisation : Tant que prévaudra l'esprit de mutualisation des risques et non celui de consommé vaille que vaille les cotisations faites. L'implication du système de santé est indispensable pour la pérennisation</p>
<p>Ressources :</p> <p>Ressources humaines : Elus locaux, personnels PROMUSAF : 1 personnel, Ressources financières : PROMUSAF, cotisations des adhérents Ressources matérielles : chaque mutuelle dispose d'une moto offerte par l'UNFPA</p>
<p>Conclusion :</p> <p>Possibilité de reproduire la pratique : Oui : extension progressive jusqu'à 9 mutuelles dans la commune de Bembèrèkè , Puis à Dassa où le PROMUSAF a répliqué le model</p> <p>Preuve du succès :</p> <p>Lobbying plus important sur les centres pour exigé la qualité et le bon accueil Meilleurs qualité des soins</p>

Réduction du cout moyen par cas

Montant versé aux centres de santé 15 481 530 F CFA

Améliorations du nombre des accouchements assistés et réduction des décès maternels intra hospitalier

Personne interviewée :

Arouna ALASSANE MANE, Responsable de l'antenne Régionale PROMUSAF

Titre de la pratique 12 : Assurance qualité des soins maternels et néonataux à HOMEL

Contexte et description :

L'Hôpital de la mère et de l'enfant est l'un des plus grand hôpitaux de soins maternels et infantile au Bénin. Dans le but d'améliorer la qualité de ses services l'hôpital s'est engagé dans une démarche qualité. Cette idée partie de l'analyse des problèmes liés aux soins de la mère et de l'enfant et des recommandations des documents cadre du ministère, s'est traduit par un :

- Engagement écrit par les services (CPN, Urgence/Accouchement, Néonatalogie) et
- Suivi de cet engagement par l'équipe AQ
- Une volonté politique de l'administration
- Des formations sur l'AQ et des équipements essentiels ont été assuré
- Un suivi régulier des équipes AQ a permis de compléter in situ les formations

Objectif : Améliorer les soins de la mère et d l'enfant

Agence d'exécution : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

Sources de financement :

- Financement communautaire
- Budget national

Localisation :

Cotonou et environ

Date de démarrage : Octobre 2003

Domaine Principal du Sujet : Amélioration de la qualité des services

Mots clés additionnels : qualité , soins, Homel, certification

Cibles :

Femmes enceintes et nouveaux nés

Leçons apprises :

On peut faire la qualité avec des ressources limitées.

Le coût engendré par la mauvaise qualité est plus élevé que celui pour mettre en œuvre la qualité

Les structures sanitaires au Bénin peuvent faire de la qualité jusqu'à la certification ISO
Condition préalable : Volonté du leader qualité de l'hôpital à partager avec son équipe qualité
Stratégies utilisées : <ul style="list-style-type: none"> - Choix des normes (exigence) - Formation et information du personnel - Choix des leaders - Rédaction des textes - Sensibilisation du personnel
Résultats : <ul style="list-style-type: none"> - Environnement de l'hôpital : propre - Service bien équipé - Meilleure organisation interne du travail - Baisse continue des décès : la mortalité infantile est passée de 30% à 6% et le nombre de décès maternels est passé de 82 femmes à 50 femmes (il s'agit surtout des référées) - Certification ISO en 2005 puis en 2008
Éléments clés qui font marcher la pratique : <ul style="list-style-type: none"> - Décision manifeste du D/HOMEL (existence d'un document d'engagement écrit et signé) - Guide bien formé pour être responsable qualité - Engagement du personnel
Suivi évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi interne réguler par les leaders qualité - Audit tous les trois ans de MOODY France
Élément critique : Adhésion du personnel
Pérennisation : Oui s'il y a un bon leader (un rassembleur)
Ressources : <ul style="list-style-type: none"> - Personnel technique et administratif - Equipements - Moyens financiers

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : Difficile mais possible si le directeur de l'institution s'y engage et entraîne le reste de son équipes. Les ressources ne sont pas une condition. On peut faire la qualité avec ou sur le minimum qui existe

Preuve du succès :

- Baisse continue des décès : la mortalité infantile est passée de 30% à 6% et le nombre de décès maternels est passé de 82 femmes à 50 femmes (il s'agit surtout des référées)

- Certification ISO en 2005 puis en 2008

Personne interviewée :

Dr VODOUNON Joseph, Chef service maternité, et responsable qualité de Homel

Titre de la pratique 13 : Formation par tutorat pour améliorer la qualité des soins maternels dans 22 maternités de Tanguiéta.

Contexte et description : Le Tutorat est une stratégie de formation mise en œuvre par le ministère de la santé à travers le Programme National de Formation par Tutorat (PNFT). Il consiste à intégrer à l'équipe de santé un agent qualifié appelé « **Tuteur** » pour encadrer et soutenir chaque agent dans l'accomplissement de ses tâches. Il accompagne également chaque prestataire dans le processus d'acquisition ou de renforcement des compétences ciblées pour une meilleure qualité des services afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

S'inspirant des nombreux résultats positifs que cette formation a obtenu dans les zones sanitaires où elle a été mise en place et grâce à la volonté de l'équipe d'encadrement d'améliorer le qualité des soins dans les maternités, la zone sanitaire de Tanguiéta a opté pour le pour le programme tutorat. Il permettra de répondre au mauvais fonctionnement des maternités de la zone.

Les trois grands volets du programme tutorat sont :

-Hygiène et prévention des infections (lavage simple des mains avant et après chaque soin, utilisation des méthodes de barrière, l'entretien de matériel médico-technique des salles de soins et de l'environnement du centre, la gestion des déchets)

-Gestion de la formation sanitaire (description de poste, délégation des tâches des aides soignantes, le calendrier d'entretien de la maternité, la réorganisation de l'espace, plan d'action de la maternité, le remplissage et l'archivage des supports de données, implication effective des membres COGECS)

-Qualité des soins (CPN-R, PTME, accouchement, Vaccination infantile, consultation d'enfant sains, PF, CPoN)

Objectif :

- ✓ Renforcer les capacités et compétences à établir une démarche diagnostique et à promouvoir des soins intégrés
- ✓ Faciliter la stabilité et l'assiduité de l'agent de santé au poste

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer l'accueil et l'entretien des locaux et de l'environnement immédiat du centre de santé ✓ Développer des compétences relationnelles afin de promouvoir la démarche éducative et communicationnelle auprès de la population 	
Agence d'exécution : Programme National de Formation par Tutorat et l'EEZ Tanguiéta	
Sources de financement : Unidéa	
Localisation : Toutes les 22 maternités de la zone sanitaire de Tanguiéta	
Date de démarrage : Janvier 2007	
Domaine Principal du Sujet : Amélioration de la qualité de services	Mots clés additionnels : tutorat, qualité, soins, tanguiéta
Cibles : Femmes enceintes, femmes en âge de procréer	
<ul style="list-style-type: none"> - Condition préalable : Présence du personnel qualifié, minimum de matériel médicaux technique et de Prévention des infections, ressources financières, matériels roulant (véhicule) 	
Etapes de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact avec équipe de coordination du PNFT - Identification des besoins en matériel médico-technique - Acquisition du matériel pour la mise en œuvre - Planification des activités avec l'équipe tutorat national - Formation théorique d'un pool de 9 tutrices locales pendant 2 semaines - Appui sur site des neuf tutrices formées pendant 2 semaines - Formation sur sites de 16 autres maternités de la zone par les tutrices locales de la zone pendant deux semaines - Visites de supervision chaque trimestre 	
Résultats : <p>Au vu des résultats des supervisions 70% des maternités appliquent correctement les consignes contenues dans les modules de formation ce qui a permis d'améliorer sensiblement et durablement la propreté des maternités et de réduire les infections du post partum (la propreté, le bon rangement dans les maternités est quelque chose de particulièrement frappant et qui dure depuis 2007). On note également une</p>	

amélioration de la qualité des soins (surveillance de l'accouchement, remplissage des supports). Bien que cette activité en elle seule ne peut expliquer le phénomène, on note une réduction de la mortalité maternelle dans la zone. (35 décès en 2006 à 18 décès maternels en 2009). De même, on note une augmentation du nombre absolu de référence obstétricale et la proportion de référence obstétricale justifiée. Nous pensons que l'amélioration de la qualité des soins induit par le tutorat a contribué à ce bon résultat.

Éléments clés qui font marcher la pratique :

- Prestataire conscient et convaincu de la pertinence de l'intervention
- Idée de concurrence entre les maternités
- La formation et le recyclage des prestataires dans leur lieu de travail
- Le règlement des conflits et le travail en équipe

Leçons apprises :

- Le mode de supervision mis en place pour le suivi de la formation tutorat (supervision couchée) donne suffisamment le temps pour observer réellement les problèmes liés à la mise en œuvre des compétences issues d'une formation et d'y apporter des solutions correctrices.
- La formation par tutorat apporte au centre de santé des changements de comportements durables notamment en matière de propreté, de rangement, d'organisation du service, prévention des infections.
- Il est nécessaire pour une zone sanitaire de disposer de ses propres tutrices pour mieux pérenniser les acquis de la formation tutorat
- La disponibilité permanente de certains intrants (comprimés de chlore, eau de javel, matériels d'entretien, dispositif de stérilisation) est primordiale pour obtenir de bon résultats dans la mise en œuvre des compétences acquises au cours de la formation par tutorat
- Tout financement d'un programme de formation par tutorat doit intégrer nécessairement non seulement le coût de la formation elle-même mais aussi le coût du renforcement du plateau technique (matériel médico-technique) et celui des supervisions sur une période de deux ans pour permettre à la zone de s'approprier cette intervention

- L'engagement du médecin coordonnateur et de l'EEZ et aussi des chefs postes qui doivent autoriser le financement des plans de résolution de problème est un levier nécessaire de succès de la formation par tutorat
- La flexibilité dans les programmations et dans la mise à disponibilité des ressources par le programme Tata Somba a été une des clés de succès du programme tutorat dans la zone

Suivi évaluation :

- Supervision trimestrielle dans toutes les maternités
- Visites inopinées
- Supervision de l'équipe nationale dans les maternités une fois par an

Elément critique :

- Régularité des supervisions
- Mise en œuvre des plans d'action pour la résolution des problèmes détectés au cours des supervisions
- Renouvellement du matériel d'entretien et matériel médico technique

Pérennisation : Oui si ressources (matériel, supervision, ...)

Ressource :

- Equipe de coordination du PNFT
- Equipe zone
- Tutrices
- Prestataires
- Equipement de PI, renforcement des matériels médicaux techniques
- 50 000 000 F CFA (80 000 euros) pour les équipements et la formation.

Conclusion :

Possibilité de reproduire la pratique : Le tutorat est faisable dans toute zone. Le succès dépend des conditions critiques ci-dessus. Le PNFT a réalisé le tutorat dans la zone sanitaire de Bohicon, de Pobè, d'Aplahoué, Savalou

Preuve du succès :

Meilleure propreté et organisation des maternités

Niveau appréciable de prévention des infections dans les maternités

Aucun décès maternel dans les 22 maternités de la zone en 2009

Augmentation de la proportion des références obstétricales justifiées

Taux de fréquentation des maternités amélioré : 70 à 76 % de couverture CPN

Personne interviewée :

Madame NOUA Eugénie, coordonatrice National du Programme de Formation par Tutorat

Dr GOUDA AKIM : Médecin chef à Matéri, point focal Santé maternel à la zone sanitaire de Tanguiéta.

CONCLUSION :

La liste des pratiques retenues et décrites dans ce document n'est pas exhaustive mais elle a l'avantage de toucher tous les domaines de la santé de la reproduction et tous les niveaux de la pyramide.

Ce travail nous a permis de nous rendre compte de deux grandes faiblesses du système de santé en matière de documentation dans la mise en œuvre des initiatives de SR: les initiatives ne sont pas précédées d'analyse des données de base ce qui rend difficile la mesure des progrès réalisés et le niveau d'efficacité des pratiques mises en œuvre.

La faible documentation des pratiques par les équipes de mise en œuvre : document de base ou protocole, rapports d'étapes ou rapports final.

La levée de ces goulots va certainement améliorer la documentation des pratiques et facilitera leur partage et leur mise à l'échelle.

ANNEXES : Outils de collectes

Guide d'entretien pour collecter des 'informations concernant les pratiques qui rendent les programmes efficaces

MP

Département :

Lieu :

Personne interviewée :

Fonction :

Contact :

1. Le nom du programme qui a des pratiques que vous voulez partager.

Cochez un ou plus des thèmes qui décrivent le programme.

PF

CPNR

CPoN

SOU

SAA

SNU

Programmes communautaire

Prévention de l'infection

Suivi post natal

Santé jeunes et des adolescents

Amélioration de la qualité de services

Gestion des stocks, équipement

IST/VIH/SIDA (Counselling et tests volontaires et/ou PTME) et planning familial

2. Quels sont les buts, objectifs et cibles de ce programme?

3. Comment avez vous établi ces buts, objectifs et cibles?

Sondez pour:

a. L'analyse de la situation/évaluation de base

b. Plan de suivi et évaluation

c. L'analyse du Problème

d. Consultation avec les parties prenantes

e. Analyse de l'information existante, recherches ou les rapports (évaluations, évaluations des besoins)

4. Décrivez brièvement votre programme ou service.

- Quand est-ce qu'il était initié?
- Quelle est la zone géographique pour la mise en oeuvre? (zone de couverture)?
- Qui (groupes ou sous-groupes) sont vos populations cibles?
- Comment suivez-vous et évaluez vous votre programme ou service?

5. Listez jusqu'à trois pratiques clés (outils, approches, systèmes, actions) qui font marcher le programme ou le service.

6. Pour chaque pratique, répondez aux questions suivantes:

a. A quelle question(s) ou problème(s) voulez vous répondre ou essayez vous de résoudre?

b. Veuillez décrire:

- Où la pratique est utilisée ou faite?
- Activités
- Etapes
- Ressources (humaines, financières et matérielles)
- Agents d'exécution
- Partenaires
- Conditions Préalables nécessaires

c. Comment vous avez sélectionné ou conçu cette pratique? Sondez pour:

- Importée parce qu'elle a marché ailleurs

- Si vous avez adopté et adapté cette pratique d'ailleurs, comment avez vous fait?
- Basé sur une hypothèse éduquée, vous avez essayé comme une innovation
- Adaptée d'expériences passées (application des leçons apprises)

d. Quelle information et indicateurs est-ce que vous avez pour montrer que cette pratique marche? (Collecter la documentation)

e. Est-ce que cette pratique a été répliquée? Si oui, comment et où?

f. Si non, qu'est-ce qu'il faudrait pour la répliquer? (ressources, environnement or actions)?

g. Est-ce que cette pratique est pérennisable? Si oui, quels sont les éléments critiques ou essentiels pour le faire?

h. Quelles leçons apprises avez-vous tiré de la mise en œuvre de cette pratique? Mentionnez les obstacles et comment vous les avez résolus

i. Quel était le rôle des autres partenaires dans la mise en œuvre de cette pratique?

j. Quelles activités complémentaires (dans votre programme ou le programme d'un partenaire) a enrichi (amélioré) l'impact de cette pratique.

Autres commentaires

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOCUMENTS

Date : jour /__/_/ mois /__/_/ année /__/_/

Département :

Commune ou Zone couverte par la MP : _____

Titre de la MP : _____

Domaine dans lequel s'inscrit la MP : _____

Date de mise en œuvre de la MP : mois /__/_/ année /__/_/

Point focal de la MP :

MP documentée : Oui /__/_/ Non /__/_/

Liste des documents existants

N°	TITRE DES DOCUMENTS
01	
02	
03	
04	
05	
06	

Indicateurs de santé maternelle et infantile dans la zone de la MP

Indicateurs	Année de base de la MP	2008
Taux de couverture en CPN		
Taux de couverture en accouchement assisté		
Taux de couverture en PF		
Taux de couverture en Vat2+		
Taux de couverture en BCG		
Taux de couverture en VAR		