



KNOWLEDGE MATTERS

Vingt ans de programmes de survie de
l'enfant dans Concern (1998 - 2018)

Numéro 26 | Décembre 2019

CONCERN
worldwide

**ENDING
EXTREME POVERTY
WHATEVER
IT TAKES**

Une contribution, une idée ou un sujet pour les prochains numéros de Knowledge Matters contactez la rédaction par email : knowledgematters@concern.net

Les avis exprimés sont ceux de l'auteur et ne correspondent pas nécessairement à ceux de Concern Worldwide ou de ses partenaires.

Knowledge Matters en bref

Knowledge Matters propose des analyses pertinentes pour le terrain concernant le développement et l'action humanitaire de Concern Worldwide. Elle offre au personnel et aux partenaires une plateforme d'échange d'idées et d'expériences. La publication a pour vocation d'encourager une analyse de haute qualité afin de faciliter la compréhension du travail de Concern. Le personnel et les partenaires de Concern décrivent leurs idées et leurs expériences au travers de leurs articles. Ces articles sont très courts (de 500 à 1 500 mots). Habituellement, vous n'avez de la place que pour émettre deux ou trois idées intéressantes. Voici quelques conseils pour rédiger un court article de fond :

- Commencez par imaginer votre lecteur – un collègue de Concern. Pourquoi sont-ils intéressés – pourquoi veulent-ils lire votre article ? Lorsque vous avez identifié votre idée centrale, énoncez-la de suite, dans le titre ou dans la première phrase.
- Que peuvent apprendre les autres de votre histoire ? Concentrez-vous sur cela. N'oubliez pas d'étayer votre histoire avec des données probantes. Elles peuvent provenir d'évaluations.
- Il est plus facile d'amener les gens à vous lire si vous mettez d'abord en avant la dimension humaine – en mentionnant des personnes et des événements réels. (Vous n'avez pas à donner de noms).
- Utilisez des phrases courtes. Vous pouvez utiliser le guide de style de Concern pour vous aider.
- Limitez la longueur des paragraphes à un maximum de six lignes.

- Utilisez un style simple. Bon nombre des lecteurs de Knowledge Matters ne sont pas des anglophones natifs, alors réfléchissez bien avant d'utiliser des expressions idiomatiques ou un langage familier que les autres pourraient difficilement comprendre.
- Évitez toujours de présupposer que le lecteur a un niveau de connaissance élevé du sujet sur lequel vous écrivez.
- Utilisez des phrases à la voix active (« nous avons organisé un atelier » et non « un atelier a été organisé »)
- Utilisez des expressions courtes et claires.
- Votre titre doit être bref - pas plus de huit mots.
- Si nécessaire, utilisez des photos pour illustrer le récit, mais veillez à respecter le Code de conduite Dóchas sur les images et les messages.

Photo de couverture : Légende de la photo de couverture : Il y a 8 mois, Nasibo Asuran (30) a donné naissance à une fille – Ramah. Nasibo vit avec ses deux autres enfants – Samson (5) et Gumatho (10) ainsi qu'avec sa mère et son père à Marsabit, Kenya. « Je suis contente d'avoir un enfant en bonne santé. Je l'ai emmenée à la clinique et elle a reçu tous ses vaccins. Je l'ai allaitée et maintenant je lui donne de la nourriture. L'agent de santé communautaire bénévole nous rend visite pour vérifier que tout va bien. » Photo : Peter Caton / Concern Worldwide.

Contenu :

- 4 **Conception de programme et gestion basée sur les résultats**

- 9 **Ressources humaines pour la santé – focalisation sur l'expérience CSP avec les professionnels de santé en première ligne**

- 16 **Communication pour le changement de comportement social dans les programmes de survie de l'enfant**

- 22 **Recherche opérationnelle**

- 28 **Durabilité, enseignements tirés et marche à suivre**

- 34 **Ressources**

- 35 **Auteurs collaborateurs**

Message de l'éditeur de ce numéro :

Le programme de subventions sanitaires pour la survie des enfants (CSHGP) a été le plus grand partenariat pour la santé entre USAID et des ONG et le deuxième plus grand partenariat de ce type dans le portefeuille d'USAID. Le programme a mobilisé un groupe de parties-prenantes divers incluant des gouvernements nationaux et locaux, des organisations de la société civile et les communautés dans 65 pays. La communauté des bénéficiaires de survie de l'enfant et la communauté des professionnels de la santé a entrepris de rendre opérationnelle une vision de la « santé pour tous » – réaffirmant et s'appuyant sur les engagements pris en 1978 tels qu'ils ont été exposés dans la Déclaration d'Alma Ata. Le programme de survie de l'enfant a permis d'engager, de responsabiliser et de mettre en relation les communautés avec le système de santé, de cultiver la confiance et d'établir des cadres de personnes ressources communautaires bénévoles pour renforcer les systèmes. Les projets ont assisté les familles et donné aux individus et aux couples le pouvoir de prendre des décisions éclairées concernant leur santé grâce à une meilleure alphabétisation en santé. Les bénéficiaires en survie de l'enfant – souvent nommés « pionniers en santé communautaire » ont contribué de façon importante à l'avancement des biens publics mondiaux et ont aidé les gouvernements à définir les stratégies et priorités de leur pays.

Concern a commencé à participer au CSHGP avec sa première subvention en 1998 au Bangladesh faisant office de subvention d'entrée de deux ans. Durant les 20 années suivantes, Concern a soumis des demandes de subventions très compétitives et a assuré dix subventions dans sept pays : Bangladesh, Burundi, Haïti, Kenya, Niger, Rwanda et Sierra Leone. Avec le soutien d'USAID, d'Irish Aid et d'autres donateurs, Concern a investi 31 millions de dollars américains pendant une période de vingt ans et a atteint 1,9 million d'individus en état de pauvreté extrême et de vulnérabilité, y compris des femmes, des nouveau-nés, des bébés, les membres de leurs familles, d'autres membres influant de la communauté et des professionnels de santé. Collectivement, nous avons bâti des communautés cohérentes qui ont renforcé le système de santé local et national, offert des indications importantes pour permettre l'avancement des meilleures pratiques de santé mondiale et plaidé en faveur de systèmes et de politiques améliorés qui donnent la priorité aux plus pauvres et aux plus marginalisés.

La série Child Survival Knowledge Matters est un recueil de cinq articles qui essaie de saisir l'essence de ce programme, des réalisations au long de deux décennies et de l'apprentissage généré par des années de programmes basés sur la communauté. Le premier article traite de la conception de projets et de la gestion basée sur les résultats. Il est suivi par un deuxième article qui explique comment les projets de survie de l'enfant renforcent les systèmes de santé communautaires en se concentrant sur les ressources humaines pour la santé et le cadre des volontaires en première ligne. Le troisième article est un compte-rendu des approches du programme concernant la communication pour le changement social et de comportement. Il met en lumière les résultats clés. Le quatrième article décrit la recherche opérationnelle qui a été intégrée à la cohorte de projets « innovations » à partir de 2008. Le cinquième et dernier article est une réflexion sur la durabilité et les éléments du programmes qui étaient modulables, reproductibles et ont généré un effet important à bas prix ainsi que des solutions de sauvetage.

Megan Christensen

Conception de programme et gestion basée sur les résultats – initier le programme de survie de l'enfant dans Concern Worldwide

Les projets pour la survie de l'enfant (CSP) ont pris, en moyenne, 5 ans et étaient conçus pour mettre en pratique des solutions bon marché ayant un effet important sur les problèmes de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. USAID a contribué à chaque projet pour une valeur allant de 1,5 M\$ à 1,75 M\$ et a demandé un partage des coûts d'au moins 25 pour cent. Cependant, Concern a souvent égalé la contribution d'USAID par 1 : 1 – ou un partage des coûts de 100 pour cent¹.

Conception de projet : le processus de conception et de proposition du projet était par nature très participatif et consultatif, basé sur des preuves, ancré dans les politiques locales et nationales, les stratégies et plans de travail du Ministère de la Santé et informé par les meilleures pratiques actuelles. Les équipes de conception de projets de Concern ont en général inclus un conseiller santé basé aux États-Unis, le soutien d'autres conseillers SAL et, parfois, des consultants externes qui ont tous travaillé avec les équipes du programme dans ces pays pour concevoir le projet. Deux à trois semaines étaient en général allouées à des réunions dans le pays avec des bénéficiaires potentiels, d'autres leaders communautaires et parties prenantes, des officiels des districts ainsi que des employés du Ministère de la Santé (MoH) de tous niveaux. Après quoi, l'équipe avait approximativement trois semaines pour finaliser et soumettre la proposition.

¹ À l'exception du projet « Expanded Impact » du Rwanda, dans lequel l'USAID a fait don de 4 millions de dollars à un consortium composé de Concern Worldwide, International Rescue Committee et World Relief.

Les projets de survie de l'enfant se sont concentrés sur la réduction de la morbidité et de la mortalité évitable en renforçant le système de santé afin d'offrir des soins de santé aux femmes et enfants et, dans certains cas, d'étendre les services de santé aussi près de leur foyer que possible.

Les projets de survie de l'enfant se sont structurés autour de quatre piliers :

1. Les emplacements de prestation de service ou des installations sanitaires statiques (emplacements de soins) – l'objectif de ce pilier était d'améliorer **l'accès à des services de santé de qualité** via une mise à niveau des compétences cliniques et un soin respectueux centré sur le patient.
2. La mobilisation des communautés en utilisant des agents de santé communautaire bénévoles pour **une amélioration de la demande de soins** – ce pilier s'est concentré sur l'amélioration de la connaissance concernant la santé au niveau du foyer et de la communauté pour encourager l'adoption de pratiques de santé optimales pour une demande de soin opportune et appropriée.
3. Les structures locales de santé et de développement de la communauté – ce pilier s'est concentré sur **la construction et le renforcement des capacités** des intervenants locaux pour développer la gestion et la responsabilité de la prestation de services de santé.
4. Le plaidoyer pour des politiques de santé communautaire améliorées – ce pilier a fonctionné aux niveaux micro, méso et macro en utilisant les preuves

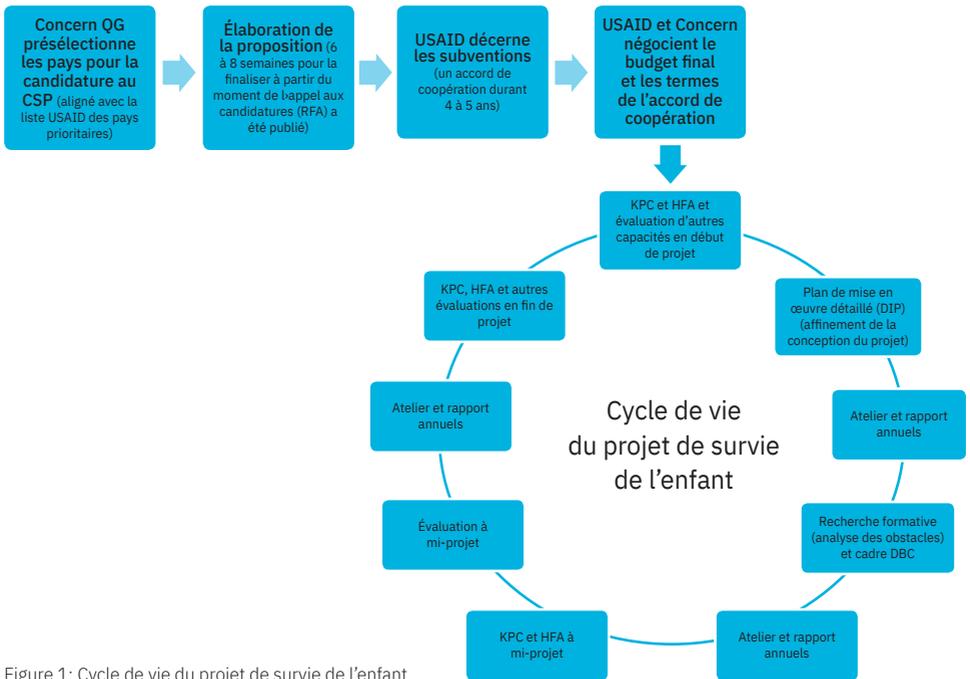


Figure 1: Cycle de vie du projet de survie de l'enfant

et apprentissages des projets pour **plaider en faveur de politiques de santé communautaire améliorées pour les populations en état de pauvreté extrême ou vulnérables**, en particulier les femmes et les enfants.

Mise en œuvre du projet et gestion basée sur les résultats : les trois premiers mois des projets sont généralement destinés au recrutement du personnel, à établir le relevé général des travaux et à préparer l'évaluation en début de projet. L'équipe comprenait un gestionnaire de programme (ou un coordinateur) pour superviser le projet ainsi qu'une équipe comprenant de 5 à 13 employés nationaux possédant une expertise spécifique et des compétences concernant la santé publique, incluant le changement de comportement social, le suivi et l'évaluation (S&E), la mobilisation communautaire et des compétences cliniques pour les formations à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la supervision et le contrôle de qualité. Cette équipe basée dans le pays

était soutenue par une équipe QG basée à New York comprenant un conseiller médical et un agent de santé – ils étaient tous deux entièrement dédiés aux projets de survie de l'enfant de Concern. L'équipe basée au QG était étroitement liée et soutenue par l'équipe technique établie par USAID basée à Washington D.C., nommée « soutien technique ». Au fil des années, ce soutien technique est passé des services techniques pour la survie de l'enfant (CSTS) au programme intégré pour la santé maternelle et infantile (MCHIP) et enfin au programme pour la survie de l'enfant et de la mère (MCSP). Ce mécanisme d'assistance technique a permis le soutien des bénéficiaires avec un projet de qualité et d'offrir un leadership mondial à l'ensemble du programme de survie de l'enfant d'USAID. Au final, cela a permis de former un réseau de soutien et d'assistance technique de haute qualité aux équipes des pays sur une base continue et à la demande.

Au même moment que le premier projet de survie de l'enfant de Concern en 1998,



Mère revenant de l'installation sanitaire à Parbatipur, Bangladesh. Photo : Concern Worldwide

le CORE Group² a été formé et initialement financé par 10 organisations non-gouvernementales internationales (ONGI) travaillant sur des projets de survie de l'enfant. CORE a été formé pour créer une communauté de praticiens travaillant sur les CSP et la santé communautaire en tant que lieu où ils peuvent collaborer et partager les meilleures pratiques et connaissances. Aujourd'hui, le CORE Group a grandi, et est devenu une organisation associative internationale avec 50 ONGI, dont fait partie Concern. Une conférence annuelle sur la santé communautaire se tient chaque année et facilite les conversations, le développement et la dissémination d'outils et de ressources via des équipes de travail technique et le partage de preuve permettant de faire progresser la santé communautaire.

Une fois que les employés du projet ont été intégrés, le projet a commencé les évaluations de début de projet, qui comprenaient en général une étude relative au reportage basé sur la population concernée, l'évaluation Connaissance, Pratique et Couverture (KPC) (similaire à une évaluation Connaissances, Attitudes et Pratique) ainsi qu'une évaluation

rapide des établissements de santé (R-HFA)³. Certains projets comprenaient aussi des évaluations des capacités organisationnelles, telles que le processus d'évaluation des capacités sanitaires institutionnelles (HICAP) pour mesurer les changements de capacités, qui ciblaient principalement des comités au niveau communautaire, tels que les comités de gestion de la santé et les comités au développement.

Évaluations

Compléter les évaluations KPC et RHFA en début de projet prend en général deux à trois mois, en incluant l'analyse des données et la rédaction d'un rapport. Comme pour toutes les interventions CSP, ces enquêtes sont par nature participatives et ont pour objectif de renforcer simultanément les capacités des parties prenantes locales. De ce fait, le personnel du MoH et les membres des comités communautaires ont souvent

². Appelé au départ était Groupe de Collaborations et de Ressources pour la Survie de l'Enfant

³. Les enquêtes sur les KPC ont fourni des données de base sur les connaissances et les pratiques sanitaires des bénéficiaires, tandis que les évaluations rapides de centres de santé (R-HFA) ont examiné l'infrastructure physique et les ressources des établissements de santé ainsi que leur charge de travail, leurs protocoles, leurs processus et leur système de supervision

participé à la collecte de données en tant qu'énumérateurs et superviseurs. Parfois des institutions académiques ou des consultants indépendants ont été recrutés pour aider à la collecte de données et à leur analyse. USAID, avec l'aide des soutiens techniques,⁴ a développé des indicateurs Rapid CATCH – une liste de plus de 20 indicateurs testés et acceptés internationalement. Tous les bénéficiaires devaient mesurer et rendre compte des informations en fonction de ces indicateurs standards dans les enquêtes KPC qui continuent d'influencer les indicateurs de santé standards de Concern. Un outil standardisé a aussi été développé pour le RHFA et nombre de ces indicateurs sont toujours utilisés par les programmes de santé de Concern.

Plans de mise en œuvre détaillés

Le noyau des CSP a été le plan de mise en œuvre détaillé (DIP) requis par USAID. Le DIP est devenu le document d'orientation pour la mise en œuvre du projet mis à jour périodiquement tout au long des programmes et a été considéré comme une forme de meilleure pratique en termes de gestion axée sur les résultats. Un atelier DIP a été tenu avec toutes les parties prenantes clés du projet incluant l'équipe du projet, le ministère de la santé et des représentants communautaires. Les résultats des évaluations KPC et RHFA en début de projet ont été présentés, discutés et des décisions ont été prises sur les stratégies globales du projet et sur les modifications du plan original, qui a été conçu durant les phases de proposition. Il s'agissait en général d'un atelier d'une semaine et les résultats de l'atelier ont été rassemblés par l'équipe du projet dans le narratif du DIP. Un plan de travail détaillé ainsi qu'un cadre complet incluant les cibles de milieu et de fin de projet ont complété le narratif DIP. Le DIP a ensuite été soumis à USAID pour revue et après plusieurs séries de commentaires de la part d'USAID, les gestionnaires du projet ont

défendu le DIP à Washington D.C. Durant les années suivantes, des efforts ont été faits pour réduire le volume de travail et rationaliser ce processus et le DIP est alors devenu le Plan de travail stratégique, lors du dernier CSP mis en œuvre au Kenya. Lorsque de nouveaux membres du personnel ont rejoint l'équipe ou lorsque des évaluations ont été effectuées, le DIP a été la clé de voûte du projet et un document par rapport duquel le projet a finalement été évalué⁵.

Les protocoles d'accord (MoU) ont été des éléments importants des projets. Durant la phase de proposition, ceux-ci ont souvent pris la forme de lettres d'appuis et ont été subséquemment révisés après l'attribution de subvention pour refléter les rôles et les responsabilités de tous les partenaires dans la mise en œuvre. Cela a été particulièrement important pour les équipes de santé du district et au niveau national du MoH ainsi que pour d'autres postes électifs étant donné qu'il n'était pas rare pour les gouvernements de changer au cours du projet et les MoU constituaient une référence utile pour les nouveaux dirigeants. Ils étaient assortis de délais et signés par le Directeur Pays de Concern et le responsable médical du district.

USAID a également demandé des comptes-rendus annuels et presque tous les projets ont dû mener des évaluations indépendantes à mi et fin-projet. Les ateliers participatifs de comptes-rendus ont été tenus annuellement et des représentants communautaires et des parties-prenantes y compris le Ministère de la Santé et les représentants des bénéficiaires y ont participé. Ils ont été dirigés par l'équipe du projet avec le soutien des conseillers et des responsables du siège. Les ateliers de révision annuels ont été créés pour être amusants, participatifs et consultatifs ; ils duraient souvent deux ou trois jours et comprenaient un grand nombre de petits groupes de travail et des discussions avec l'ensemble du groupe. Les équipes passaient l'année en revue, soulignant les réussites clés,

⁴ Les Services Techniques à la Survie de l'Enfant (CSTS), le Programme Intégré de la Santé Infantile (MCHIP) et le Programme de Survie Infantile et Maternelle (MCSP)

⁵ Des exemples de plans d'exécution dans les districts (DIP) et de rapports annuels peuvent être demandés au Conseiller du Programme de Connaissance et d'Apprentissage

discutaient les défis, les obstacles à la mise en œuvre et émettaient des recommandations. L'équipe mettait aussi le cadre à jour en se basant sur les données disponibles pour l'année et soumettait le plan de travail revu dénotant les activités sur la bonne voie et ceux ne l'étant pas, ainsi que les changements pour l'année prochaine. Lors de la création et de la planification de ces ateliers, une grande attention a été portée aux différents niveaux de capacité et d'alphabetisation. De nombreux outils étaient par nature visuels et les participants étaient parfois couplés pour assurer que tout le monde puisse activement participer.

Comme pour les rapports annuels, les évaluations à mi-projet et finales ont suivi un processus participatif incluant les parties prenantes et les bénéficiaires servis par le projet. Les évaluations à moyen terme et finales relatives à chaque projet sont disponibles dans la section « Ressources ». Les évaluations nécessitent en général environ 30 jours de consultation⁶ dont 20 passés dans la zone de mission. Concern a demandé que des réunions d'information soient tenues avec l'équipe dirigeante locale et une avec le Ministère de la Santé. Pour la plupart des évaluations finales, des réunions de diffusion ont été organisées et animées en collaboration avec le Ministère de la Santé. D'autres ONG internationales et les partenaires de mise en place y furent invités, ainsi que les parties prenantes du projet et les représentants des bénéficiaires.

Bien que ce niveau de données pour les rapports annuels et les évaluations demandent davantage de temps, d'efforts et de ressources, les débats se sont avérés riches, pertinents et ont permis d'accroître la propriété collective du projet. En Sierra Leone, la communauté et le Ministère de la Santé l'ont même appelé « leur projet » et au Bangladesh, les parties prenantes ont noté que le rôle de Concern devait être un « catalyseur ». En fin de compte, ce processus d'engagement continu, d'appropriation locale et de partenariat avec les communautés et les parties prenantes locales a contribué et a encouragé des projets et des résultats plus durables en matière de santé.

⁶. Comme stipulé dans l'accord de coopération signé avec USAID, le consultant choisi par Concern devait être approuvé par USAID

Ressources humaines pour la santé - le point sur l'expérience des agents sanitaires de première ligne des Programmes pour la survie des enfants (CSP) et sur le renforcement du système de santé communautaire.

« Agent de la santé de première ligne » est le nom donné aux membres de la communauté mettant à disposition de la collectivité des services de santé et/ou des informations relatives à la santé. Ces personnes ont été bénévoles dans les CPS où elles ont été le lien entre les individus (en général, une femme enceinte ou l'aïdant d'un enfant de moins de cinq ans), leurs foyers et le système de santé, y compris les services réguliers. Le terme « services réguliers de santé » fait allusion à un bâtiment abritant une clinique ou un service de santé. L'engagement des agents de première ligne s'est avéré être un trait commun à tous les projets durant les vingt ans pendant lesquels Concern a mis en œuvre les programmes pour la survie des enfants. Selon le contexte et le projet du pays, l'approche, l'organisation et la mission de ces groupes étaient légèrement différents mais il s'agissait en général d'un groupe de soutien des pairs appelé « groupes de soins » (care groups) ou « groupes différents de soins » (modified care groups), ou plus communément des réseaux ou des groupes de bénévoles de la santé. On les a désignés,

entre autres, par le nom de « Bénévoles de santé communautaires », « Jeunes volontaires », « Bénévoles du groupe de soins », « Mères-Leaders » et « *Binômes* ». Ou parfois, des « agents de santé communautaires », bien qu'ils soient bénévoles. Les bénévoles de première ligne n'étaient pas rémunérés pour leur travail ou leur formation mais, selon le programme, des avantages en nature sous forme de cartes d'identité, de T-shirts, de carnets, de torches, de pastilles de purification d'eau et de préservatifs leur étaient attribués. Quel que soit leur nom¹, ce réseau de « champions bénévoles de la santé » fut vital à la réussite des projets et, finalement, ce sont eux qui affichèrent les meilleurs résultats en matière de santé dans leurs foyers et leurs communautés.

Les effectifs de bénévoles de première ligne ont été liés et intégrés aux services sanitaires de la zone desservie. Ainsi ils ont collaborés avec les prestataires de services de santé et les structures de soutien tels que les comités de gestion des services sanitaires, les comités communautaires de la santé et les comités locaux de la santé et du développement. Le plus souvent, les bénévoles de première ligne ont été encadrés par les prestataires de services sanitaires ou les agents de vulgarisation sanitaire, les membres des structures de soutien et/ou leurs pairs. Il était courant pour ces bénévoles de santé de première ligne d'assumer aussi d'autres rôles comme celui d'accoucheuse traditionnelle ou être membre du comité de gestion des services sanitaires.



Betty, infirmière aux services sanitaires de la communauté de Malama en Sierra Leone, utilise un test de diagnostic rapide du paludisme sur un enfant. Photo : Megan Christensen/Concern Worldwide.

¹ Pour faciliter la compréhension, dans cet article nous les appellerons « bénévoles de première ligne » ou « personnel de première ligne » et les employés rémunérés, « agents de santé ».

Chaque projet a également comporté des interventions spécifiques dans les services réguliers de santé visant à améliorer les compétences cliniques des agents de la santé et à améliorer la qualité des soins fournis ; celles-ci ont ainsi complété le travail des bénévoles de première ligne. La formation du personnel clinique portait habituellement sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), les soins obstétriques et néonataux d'urgence et les interventions à haut impact sur la nutrition et, en outre, la gestion, la qualité et l'utilisation des données et la responsabilité. A cela venait s'ajouter des activités relatives à la supervision, à l'encadrement et au mentorat, animées par le Ministère de la Santé avec le soutien de Concern.

Des efforts significatifs ont été déployés pour renforcer les plates-formes communautaires existantes sous divers formats, tout en renforçant les capacités des bénévoles de la santé et leur organisation. Y était habituellement incluse une évaluation des capacités suivie par une formation puis un soutien de routine sur le terrain à ces groupes communautaires. Il était important de renforcer les capacités locales de ces comités ou structures pour accroître la participation et la responsabilité à l'égard du fonctionnement général des services de santé, de la santé et du développement de la communauté. Développé au Bangladesh, puis utilisé dans d'autres projets nationaux dont le CSP en Sierra Leone, le Processus d'évaluation des capacités des établissements de santé (HICAP)² a été conçu pour mesurer systématiquement l'évolution auto-déclarée des capacités des groupes au fil du temps. Au Burundi, au Niger et au Rwanda, le projet a développé un programme basé sur les évaluations des capacités communautaires pour renforcer les capacités des comités locaux.

Plutôt que de créer des systèmes parallèles aux systèmes de santé existants, les projets se sont intéressés à réactiver les politiques et stratégies nationales existantes, à mobiliser les organisations communautaires locales et à renforcer les ressources communautaires.

Les bénévoles de première ligne et les agents de santé ont recueilli des informations et des données au niveau des foyers pour le suivi du projet ; lesquelles ont également été intégrées aux systèmes nationaux d'information sur la santé (généralement via le logiciel d'information sur la santé du district (DHIS)) mais aussi transmises à la collectivité en vue de prises de décisions au niveau local. Les foyers bénéficiaires ont eu accès à ces plates-formes communautaires par le biais d'activités locales de mobilisation telles que des visites aux foyers, des événements communautaires et des foires à la santé auxquels ont participé les comités locaux, les bénévoles de première ligne et les agents de santé. Ces liens et cette intégration au sein de la plate-forme de santé communautaire ont été essentiels à la réussite des projets et ont constitué un pilier pour l'accroissement de la responsabilité sociale en matière de santé et de la durabilité des projets.

Comme il a été mentionné ci-dessus, la structure et l'organisation des bénévoles de première ligne variaient selon le lieu, la politique nationale actuelle et ce qui était approprié pour chacun des contextes. Dans la plupart des programmes pour la survie des enfants, il existe une distinction entre les milieux ruraux et urbains. Dans les régions rurales, le modèle des groupes de soins (care groups), ou une version quelque peu différente de ce modèle, a été généralement le format le plus approprié et le plus privilégié en raison des capacités de cette approche à atteindre une couverture démographique élevée avec des résultats prouvés dans les régions géographiquement éloignées. Au Kenya, bien que le projet ait été mis en œuvre dans un environnement rural très isolé, il a été guidé par la stratégie de santé communautaire permettant aux bénévoles de première ligne d'être opérationnels et n'a donc pas fait appel aux groupes de soins. Pendant le CSP du Rwanda, des politiques de santé communautaire étaient en cours d'élaboration, de sorte que l'approche et le modèle ont évolué en un modèle hybride des groupes de soins et que les critères des groupes de soins n'y ont pas été entièrement mis en œuvre.

En milieu urbain, un foyer est plus difficile à définir que dans un village où il est plus évident.

². Un lien menant aux outils de HICAP est disponible dans la section des ressources à la fin de ce numéro

Dans un contexte urbain, il est fréquent de voir plusieurs familles vivre sous le même toit et les modes de vie y varient considérablement en raison des différents rythmes de travail et de temps, de la fréquence des déplacements et de la disponibilité des bénévoles pour participer aux sessions de groupes. Le CSP a observé qu'en milieu urbain, l'organisation des bénévoles de la santé ayant le temps de servir la communauté et l'établissement d'un encadrement par les pairs en fonction des zones où résidaient les bénévoles fonctionnaient mieux que le fait de compter sur des mères de famille déjà surmenées. Il s'est avéré que dans les projets urbains, les bénévoles étaient souvent, mais pas exclusivement, des jeunes gens, hommes et femmes.

Mettre en place et soutenir un groupe de bénévoles de première ligne (un groupe de soins ou un autre groupe organisé de bénévoles de la santé) exige énormément de temps et de ressources. Plus d'une année, ou 20 %, de la durée de vie d'un projet était consacrée à identifier, recruter, former et mettre en place les groupes de bénévoles de la santé et leur système de soutien. Tout a été mis en œuvre pour garder les bénévoles de la santé et mettre à jour leurs compétences pendant la durée du projet.

Programmes en milieu urbain

Au **Bangladesh**, l'évaluation finale du premier programme pour la survie des enfants (2004) a indiqué que la réussite du projet reposait sur le développement de bases solides fondées sur le capital humain. Le projet a redynamisé les structures communautaires sanitaires et politiques telles que le Comité local pour la santé (WHC). Une fois les WHC constitués, des comités de sélection ont été mis en place pour identifier les bénévoles communautaires de la santé au sein des collectivités pour lesquelles ils travailleraient. Des jeunes femmes (en général élèves de niveau secondaire) et célibataires constituaient près de 70 % des plus de 4 000 bénévoles. Chaque bénévole de la santé a travaillé auprès d'environ une cinquantaine de foyers de leur quartier à éduquer et à encourager les mères de famille et les aidants. Les bénévoles ont bénéficié du soutien et de la supervision des membres du comité local de la santé résidant

Parce que les bénévoles étaient jeunes et pour la plupart des femmes, les membres du comité local pour la santé rencontraient les parents du-de la candidat-e avant sa mission afin d'expliquer ce qu'impliqueraient ses responsabilités et son travail au service de sa communauté. Ceci était considéré très important dans une société conservatrice comme le Bangladesh. Un-e bénévole communautaire de la santé n'était autorisé-e à travailler avec le comité qu'avec l'accord de son tuteur.

eux aussi dans leur quartier. Outre les visites à domicile visant à partager les informations en matière de santé et orienter les enfants malades et les femmes enceintes vers les services sanitaires, les bénévoles ont collecté et fourni des données au niveau du foyer pour le système de gestion d'information sanitaire (HMIS). Les bénévoles de la santé ont redoublé d'efforts pour accroître le soutien et l'aide aux foyers pauvres et marginalisés. Cette stratégie a porté ses fruits et **les plus pauvres en ont le plus bénéficié. Dans l'ensemble, le projet a réduit de 15 % le fossé en matière d'équité.** Au final, les personnes dans le quintile de richesse le plus pauvre ont connu des gains supérieurs en améliorant les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile par rapport à celles dans le quintile de richesse le plus élevé. Voir figure 2

Basé sur l'expérience du Bangladesh, le Programme pour la survie des enfants **en Haïti** a formé plus de 900 jeunes bénévoles âgés de 16 à 18 ans issus des quartiers dans lesquels le projet a été mis en place. Il s'agissait notamment de 70 jeunes distributeurs qui ont fait office de point de contact pour la distribution de produits de santé, et de jeunes animateurs qui ont joué un rôle clé dans la coordination, le leadership et la formation du plus grand groupe de jeunes bénévoles. Chaque jeune bénévole s'est vu confier de 15 à 20 foyers dans une zone ou un quartier

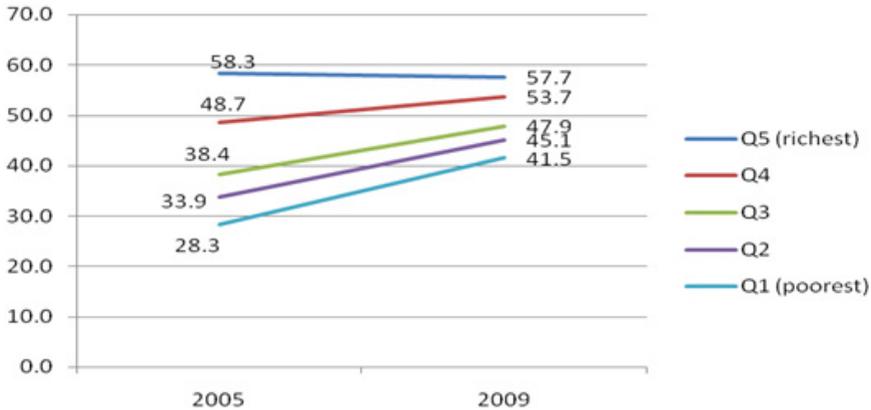


Figure 1 : Indicateurs composite de la santé maternelle, néonatale et infantile par quintile d'actifs, 2005 vs. 2009

spécifique et pour lesquels il-elle a animé des cercles d'échange, des visites à domicile, des démonstrations et des distributions de produits de santé en vue de mobiliser les aidants et de les orienter vers les services sanitaires locaux.

Le programme pour la survie des enfants en **Sierra Leone** a formé 1 206 agents de santé communautaires (bénévoles) et 96 directeurs pairs (PS). Ces agents de santé ont fait le lien entre la communauté et le système sanitaire et chacun d'eux s'est vu confier environ 25 foyers situés à proximité de son domicile et qu'il-elle visitait au moins une fois par mois. Ils ont mis en œuvre la stratégie de changement de comportement par le bais du soutien individuel. Orienter les personnes vers les services sanitaires réguliers a constitué le pilier du réseau communautaire d'orientation vers les services et a contribué à faire progresser l'amélioration de la qualité des soins. Chaque directeur pair était responsable de la supervision d'environ 12 à 15 agents de santé communautaires. Les liens entre les directeurs pairs, les Comités de gestion de la santé et les comités locaux de développement, ont permis de développer un réseau entre les parties prenantes locales qui a favorisé la cohésion sociale et a renforcé les liens entre la communauté et les services sanitaires réguliers.



Un groupe d'agents de santé communautaires urbains à Freetown (Sierra Leone) Photo : Michael Duff

Programmes en milieu rural

Les programmes pour la survie des enfants au **Burundi**³ et au **Niger**⁴ ont été alignés sur les versions du modèle de groupes de soins. Au Burundi, le CSP a testé le modèle traditionnel d'un groupe de soins par rapport à un modèle adapté qui a été intégré au système de santé. Au Niger, le projet a suivi

3. Au Burundi, 302 Groupes de Soutien dont 3 021 Bénévoles ont été formés, de même que 317 agents de santé communautaire ont été formés et ont assuré 27 826 consultations d'enfants malades et en ont soigné 12 291
4. Au Niger, 48 Groupes de Soutien ont été déployés, ainsi que 507 Mères-leaders (Volontaire de Groupe de Soins). Sur les 507 Mères-leaders, 56 ont été choisies pour une formation complémentaire sur la CCM intégrée (ICCM) et fournissent ces services

une formule traditionnelle de groupe de soins, mais des bénévoles de groupe de soins (CGV) analphabètes ou d'un faible niveau d'alphabétisation ont été inclus et une cohorte de ces mères a été sélectionnée pour la formation et la prestation de soins curatifs.

Le modèle de groupe de soins traditionnel (parfois appelé modèle de groupe de soins dirigé par des ONG) a utilisé une structure hiérarchique de personnel rémunéré des ONG et de bénévoles communautaires pour diffuser des messages sur la santé, pour former et pour encourager le changement de comportement chez les mères et les soignants d'enfants. Au Burundi, les agents de santé communautaires (bénévoles), qui faisaient également partie du groupe de soins (en plus des bénévoles de santé), ont aussi été formés à la gestion intégrée des cas à l'échelle communautaire (iCCM) mais uniquement pour le paludisme⁵.

Au Niger, une cohorte de bénévoles du groupe de soins, connue sous le nom de Mères-Leaders, a reçu une formation iCCM complète comprenant un traitement à domicile pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, ainsi que le dépistage et l'orientation vers les services de santé pour la malnutrition. Le matériel utilisé pour former les bénévoles du groupe de soins était constitué généralement d'images, compte tenu des faibles niveaux d'alphabétisation de la plupart des mères-leaders et/ou des bénévoles. Chaque groupe de soins se réunissait au moins deux fois par mois, avait de 10 à 15 bénévoles et chaque bénévole rendait visite à au moins 10 femmes du quartier pour diffuser des messages et l'aider à pratiquer les nouveaux comportements de santé qu'elle avait introduits. La supervision variait selon le modèle : soit un membre du personnel rémunéré, soit un agent de santé et un bénévole devaient être supervisés au moins une fois par trimestre.

Le modèle du groupe de soins intégrés (aussi nommé groupe de soins sous la direction du Ministère de la santé), était une alternative

⁵ Les CSP du Burundi avaient tenté d'inclure d'autres maladies comme la pneumonie ou la diarrhée, toutefois les politiques n'ont pas été approuvées avant la fin du projet, ce qui permettra de traiter ces maladies à domicile.

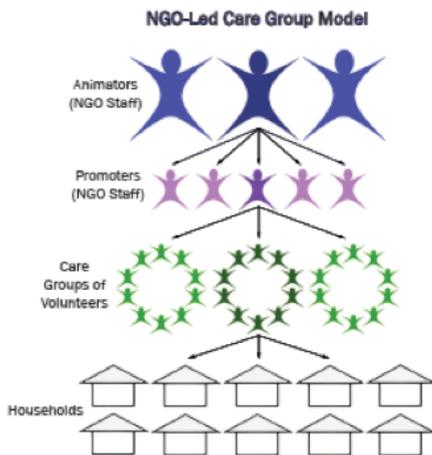


Figure 2: Modèle de groupe de soins traditionnel



Légende photo de droite : bénévole d'un groupe de soins, Fitina Honorate organise une visite à domicile dans la commune de Mugina. Adèle Fox / Concern Worldwide



Des bénévoles d'un groupe de soins de la communauté de Bukinyanya chantent une chanson sur la prévention du paludisme et encouragent la prise en charge des soins précoces. Adèle Fox / Concern Worldwide

Integrated Care Group Model

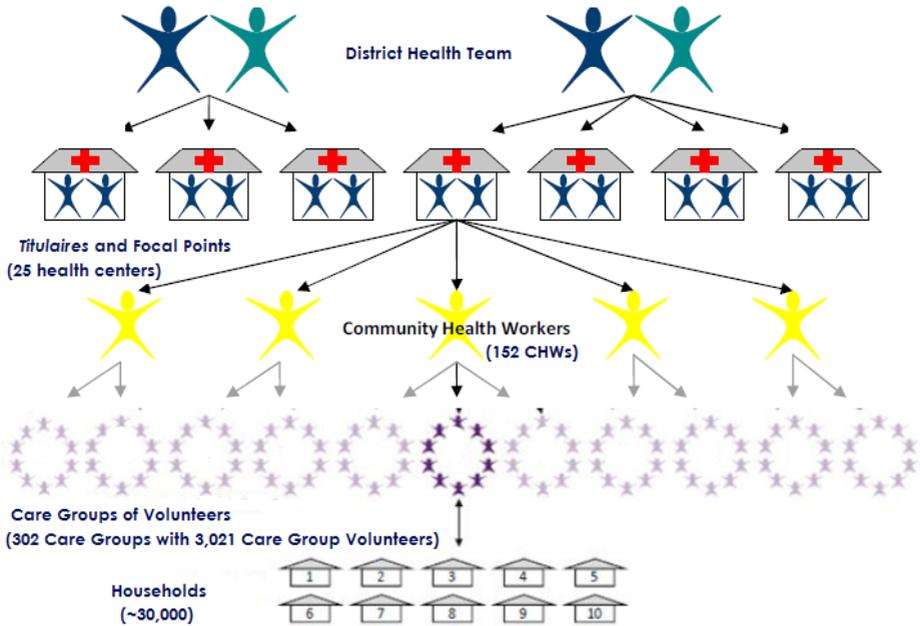


Figure3 : Modèle du groupe de soins intégrés au Burundi

au modèle traditionnel de groupe de soins, dans lequel les bénévoles étaient liés au système de santé officiel et encadrés par des professionnels de santé bénévoles (au lieu du personnel de Concern qui était rémunéré).

Quel que soit le modèle de groupe de soins employé, les formations se divisaient en modules de domaines techniques (par exemple : paludisme, diarrhée, alimentation, infections respiratoires aiguës et planning familial), et chaque formation ne durait pas plus de 2 heures et se concentrait surtout sur un message ou un comportement particulier. Des cartes de conseils accompagnées de dessins ou de photos sur le recto (pour les aidants) et de messages clés sur le verso (pour les agents de santé communautaires ou les bénévoles des groupes de soins) ont été utilisées en suivant un programme technique, développé par la gestion de programme aux côtés du Ministère de la Santé, ou l'équipe médicale de la zone le cas échéant.

Au **Rwanda**, l'approche a été adaptée pour correspondre au système déjà existant, dans lequel chaque village comptait un homme et une femme comme agents de santé communautaires bénévoles, connus sous le nom de *Binômes*, qui assuraient la gestion intégrée des cas dans la communauté (iCCM), ainsi que la liaison auprès des établissements de santé desservant le village. Chaque *Binôme* était responsable des visites mensuelles de 10 à 15 foyers. Les *Binômes* étaient encadrés par des coordinateurs de cellule, chaque coordinateur supervisant 15 à 20 *Binômes*. Les coordinateurs de cellule ont mené des visites de supervision des pairs, ont compilé et soumis les rapports des agents de santé communautaires, y compris la quantification et la réquisition de médicaments à l'établissement de santé, et ont représenté la cellule auprès des établissements de santé. Plus de 6 500 agents de santé communautaires ont été formés et 590 283 cas de fièvres ont été soignés (soit



Formée à l'ICCM, une Rwandaise devenue agent de santé communautaire, touche le front d'un enfant. Photo : Esther Havens

92 % des cas dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre). Ces bénévoles sont devenus le premier point de contact pour les personnes qui s'occupent d'enfants souffrant de fièvre, de symptômes respiratoires et de diarrhée. Ce projet a fourni environ **30 % de tous les traitements communautaires au Rwanda** contre la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. Les données ont démontré une diminution de la mortalité suite à la mise en place de l'ICCM.

Au **Kenya**, le projet de survie de l'enfant a utilisé un modèle adapté à la nouvelle stratégie en matière de santé nationale communautaire mise en place au Kenya. Cette approche comprenait l'implantation de 10 « Cellules communautaires », composées de personnel rémunéré par le gouvernement ainsi que d'agents de santé communautaires et de comités à l'échelle communautaire

(les comités de santé communautaires et les comités de santé de village). Un réseau de plus de 400 bénévoles aux soins couvrait approximativement 20 foyers dans une communauté, fournissant des informations, des conseils et envoyant chez un spécialiste les enfants malades, les femmes enceintes et mères allaitantes. Ces bénévoles étaient encadrés par des agents vulgarisateurs en santé communautaire (CHEW), qui étaient recrutés, engagés et rémunérés par le Ministère de la Santé.

Communication pour le changement comportemental et social dans les programmes de survie de l'enfant

Chacun des projets de Concern en faveur de la survie de l'enfant comprenait un résultat stratégique pour améliorer les connaissances et les pratiques en matière de santé. Se rendant compte que le simple fait de fournir des informations aux bénéficiaires ne suffirait pas pour faire réagir et poursuivre le changement, Concern s'est donc dirigé vers des approches de communication pour le changement social et comportemental (SBCC). L'USAID a mis au point des documents techniques de référence (TRM) pour intégrer le changement comportemental dans la conception de programmes et élaborer des stratégies de changement comportemental en utilisant le système BEHAVE¹.

Cette toute nouvelle approche a renforcé les actions soutenant les comportements positifs en matière de santé, plutôt que de simplement transmettre des informations ou communiquer un message. L'approche de la conception d'un changement comportemental (DBC) a été élaborée pour aider les praticiens du développement communautaire à réfléchir de manière plus critique quant au développement et à la révision des stratégies de changement comportemental. L'approche commence par l'élaboration du système de la DBC, créé à partir du système BEHAVE et qui sert de stratégie pour la SBCC.

Chaque projet pour la survie de l'enfant a adopté une forme ou une autre de stratégie de changement comportemental. Les projets mis en œuvre après 2002 ont utilisé le système BEHAVE, ceux postérieurs à 2008 ont utilisé le système de la DBC à leur démarrage puis le DIP lors des révisions de la conception des projets².

Une approche bien équilibrée de la SBCC applique trois stratégies clés :

1. La communication sur le changement comportemental basée sur des données probantes mettant en relief l'action et le soutien aux bénéficiaires pour qu'ils adoptent des pratiques saines en plus de la transmission de messages et d'informations. (Ce qui compte, c'est d'agir !)
2. La mobilisation sociale
3. Plaidoyer à tous les niveaux pour influencer les résultats optimaux en matière de santé

Dans un premier temps, les équipes du projet ont identifié un problème. Celui-ci était souvent lié à une morbidité et une mortalité infantile excessives, pourtant évitables. Les résultats de l'enquête sur les connaissances, les pratiques et l'étendue des zones couvertes (KPC) ont permis d'identifier les comportements peu efficaces qui pourraient avoir contribué au problème identifié. Les équipes de projet ont identifié un sous-ensemble de comportements en fonction des domaines techniques d'intervention.

À partir de ce système, chaque projet a identifié les groupes prioritaires (les femmes enceintes, les mères allaitantes et les soignants >occupant d>enfants de moins de cinq ans), ainsi que les principaux groupes qui les influençaient (les maris, les dirigeants religieux, les familles et les professionnels de santé officiels). Plusieurs types de recherche formative ont été menés,

-
2. Le cadre DBC pouvait également être utilisé à mi-parcours si le(s) comportement(s) attendu(s) ne change(aient) pas ou ne change(aient) pas au rythme escompté. Comme ce fut le cas au Burundi, le recours au planning familial était faible donc l'équipe a décidé de mener une enquête d'analyse des obstacles. Celle-ci a révélé qu'il existait beaucoup de mythes autour du planning familial que l'équipe du projet a tenté de démystifier, et a aussi essayé d'impliquer les dirigeants religieux et les maris des conversations sur le planning familial.

¹. Ils ont été modifiés et peuvent être consultés à l'adresse suivante <https://coregroup.org/child-survival-program-resources/>

notamment les essais pour l'amélioration des pratiques (TIP), les analyses d'obstacles ou les enquêtes sur les intervenants et non-intervenants. Les données extraites de ces enquêtes ont été analysées et utilisées pour alimenter les supports de la SBCC qui étaient spécifiques au contexte et traitaient les facteurs particuliers empêchant ou permettant l'adoption de comportements optimaux. Au cours des années suivantes, alors que le renforcement du système de santé devenait de plus en plus une priorité dans les projets de survie de l'enfant, les équipes ont utilisé les outils du Ministère de la Santé (MoH) et adapté les messages au contexte du projet, plutôt que de créer du nouveau matériel.

Points marquants du projet :

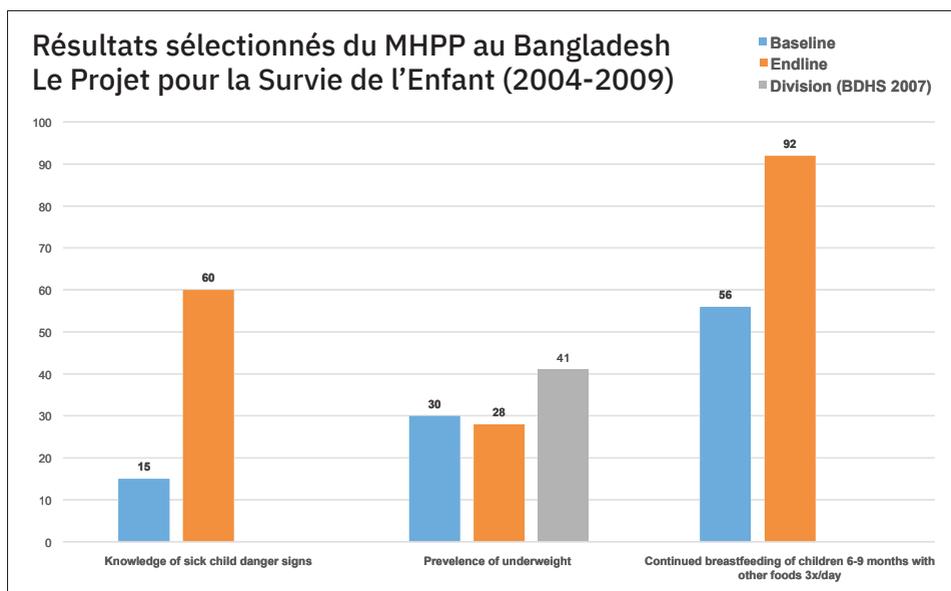
Bangladesh

Le graphique ci-dessous illustre certains des principaux résultats du programme en faveur de la survie de l'enfant au Bangladesh en ce qui concerne le changement comportemental. Les dirigeants religieux et les imams ont fait partie de la stratégie de la SBCC. Les imams ont été engagés et formés aux questions et messages relatifs à la santé maternelle, infantile et

néonatale. À la fin, les imams ont déclaré avoir transmis des messages sanitaires basés sur des versets du Coran au cours des prières du vendredi. Ils informent la population sur les endroits où bénéficier des services de santé, et prient pour eux. Les guérisseurs traditionnels et les homéopathes ont également été formés et recrutés. Au lieu d'essayer de modifier la recherche de soins à partir de ces sources, ils ont été formés à la détection des signes de danger chez les enfants et à l'orientation des patients vers un spécialiste comme mécanismes permettant d'améliorer la qualité de la gestion des cas.



Figure 4: Le commissaire du quartier et une femme agent de santé communautaire vaccinent un enfant contre la polio à Parbatipur, au Bangladesh, en 1999. Photo : Breda Gahan / Concern Worldwide.



Haïti

En raison des déplacements de masse et de la destruction causés par le tremblement de terre survenu en Haïti en 2010, il a été impossible de collecter des données sur les connaissances, les pratiques et l'étendue des zones couvertes (KPC). Toutefois, une enquête à mi-parcours a montré de nets progrès par rapport à la situation de départ, et il est probable que les objectifs du projet ont été atteints, voire dépassés. Le tableau suivant présente les résultats intermédiaires sur une sélection de connaissances et de comportements :

Indicateur	Point de départ (%)	À mi-parcours (%)	Objectif (%)
Pourcentage des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont recouru à un moyen de contraception moderne	28	51	55
Pourcentage de mères ayant des enfants âgés de 12 à 23 mois qui savent reconnaître au moins deux signes de maladie infantile indiquant la nécessité d'un traitement	33	54	60
Pourcentage de femmes ayant des enfants âgés de 0 à 11 mois qui ont été testées au dépistage du VIH et qui connaissent leur statut sérologique	37	51	non applicable



De jeunes bénévoles en Haïti rencontrent une mère bénéficiaire et consultent un calendrier pour fixer une date de rendez-vous au centre de soins. Photo : Concern Worldwide.

Rwanda

Le projet s'est servi du système BEHAVE pour analyser les facteurs déterminants des comportements de santé sur la pneumonie, la santé maternelle et néonatale (y compris le planning familial), la malnutrition, la diarrhée, le paludisme et le VIH/SIDA. La communication pour le changement comportemental a été déployée par le biais d'une approche différente de celle des groupes de soins.

Le projet a développé des supports visuels de communication pour le changement comportemental à l'usage de la sphère communautaire. Les messages ont été traduits et testés sur le terrain, puis un artiste a créé des illustrations adaptées pour la communauté. Le Ministère de la Santé a approuvé les produits finaux qui ont ensuite été utilisés à l'échelle des districts et du pays.

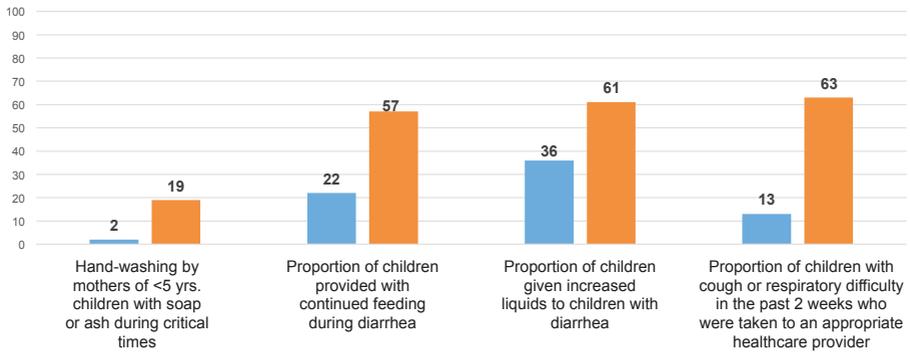
Par la suite, le projet a organisé des formations de maîtres formateurs pour l'usage du matériel et ont poursuivi les formations en cascade ainsi que la distribution du matériel à tous les agents de santé communautaires et dirigeants religieux. À la fin, 41 % des foyers que les agents ont visité disposaient de quoi se laver les mains. D'autres résultats obtenus sont présentés dans le graphique ci-dessous.



Au Rwanda, un petit garçon montre comment utiliser un tippy-tap, construit avec l'aide d'un agent de santé communautaire. Photo : Megan Christensen/Concern Worldwide.

Indicateurs clés pour le Projet Kabeho Mwana au Rwanda

■ Baseline (2006)
■ Endline (2011)



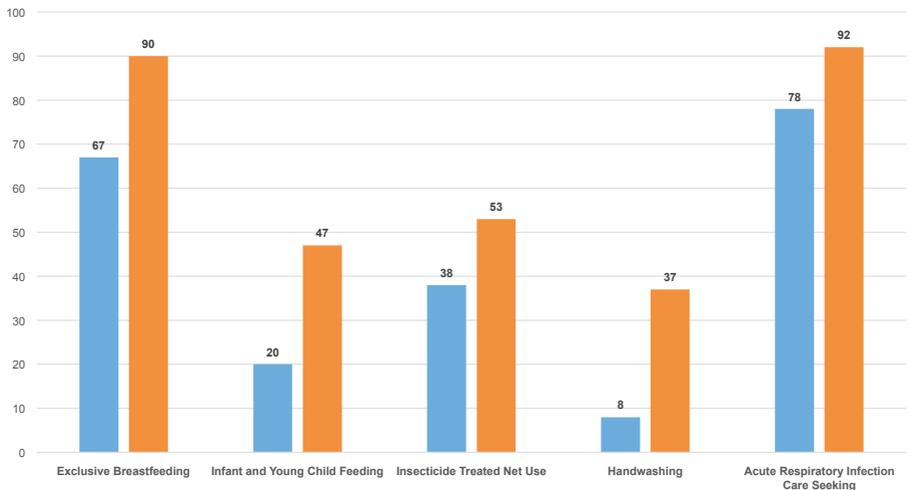
Burundi

Plusieurs méthodes de recherche formative, notamment les TIP et les essais pour l'amélioration des pratiques et les enquêtes d'analyse d'obstacle, ont été utilisées pour rendre compte de la stratégie de changement comportemental, ainsi que les documents et messages du groupe de soins. En raison du retard dans la mise en place des groupes de soins, des pressions ont été exercées pour accélérer le développement du matériel de la BCC. Il a été noté dans l'évaluation finale qu'il n'y avait peut-

être pas eu suffisamment de temps alloué à la formation des agents de santé communautaires et à l'élaboration des programmes d'études parce que le matériel mettait davantage l'accent sur la communication de « messages » que sur l'adoption de nouvelles pratiques qui optimisent le changement de comportement. Malgré cela, plus de 3 000 agents de santé communautaires ont été déployés, et ils ont effectué plus de 30 000 visites deux fois par mois au domicile des soignants, ce qui a contribué aux résultats présentés dans le tableau ci-dessous.

Résultats Sélectionnés du Projet de Survie de l'Enfant du Burundi

■ Baseline (2008)
■ Endline (2013)



L'évaluation a trouvé qu' « avec ce niveau de couverture géographique et d'intensité de la stratégie de changement comportemental, il est tout à fait clair que les résultats de l'enquête KPC sont attribués, avec confiance, à la stratégie du groupe de soins. »

À mi-parcours, le projet de l'équipe a ajouté un module au planning familial en raison de l'intérêt parmi les bénéficiaires d'en savoir plus sur le sujet. Les dirigeants religieux n'étaient pas enchantés à l'idée de discuter de l'usage de la contraception au sein de la communauté, ce qui provoqua un recul considérable. Le personnel du projet a rencontré les chefs religieux à plusieurs reprises et a demandé aux autorités locales de l'aide dans la médiation. Cette leçon a renforcé l'importance de la mise en place de systèmes de changement comportemental bien documentés, notamment en influençant les groupes et les principales parties prenantes, avant d'entreprendre des messages sensibles en matière de santé et des activités de BCC.

Niger

Le projet s'est servi du modèle du groupe de soins pour former les animateurs maternels de BCC et à la mobilisation communautaire. Les stratégies de BCC, puis finalement le système DBC, ont été élaborés par les enquêtes auprès des intervenants et non-intervenants, et ont servi de base à la sélection des comportements clés à promouvoir. Un examen approfondi des matériaux BCC existants a été effectué pour évaluer le besoin de nouveaux matériaux. De nouveaux matériaux ont été développés, testés, révisés puis testés encore une fois. Lors de la conception du projet et à travers des recherches formatives, il a été établi que la radio était une importante source d'informations pour les communautés³, et elle a donc été utilisée afin de transmettre davantage de messages clés.

3. Avant d'adopter la radio ou d'autres médias comme moyens de diffuser des messages, il est impératif de disposer de données ventilées par sexe sur l'alphabétisation (en cas d'utilisation de presse écrite), et de connaître qui possède la radio parmi le groupe prioritaire (les bénéficiaires cibles), ainsi que les groupes d'influence. Si les femmes sont le public ciblé par les messages radio, il est nécessaire de comprendre à quels moments elles écoutent la radio, qui possède la radio et qui décide quelle station ou émission choisir, quelles sont les stations préférées et le format de diffusion des informations (c'est-à-dire talk-show, émission interactive/libre antenne, débat, pièce radiophonique etc.).

Le projet a atteint les objectifs pour 15 des 23 indicateurs de résultats dans les domaines de l'amélioration de la qualité, la connaissance ou les pratiques essentielles en matière de santé. Les comportements de recours aux soins se sont drastiquement améliorés, puisque le personnel soignant a amené les enfants malades dans un établissement de santé plutôt que chez un guérisseur traditionnel ou un autre praticien non reconnu ; et le taux de recours aux soins dans les 24 heures pour toutes les maladies combinées a quadruplé. Les pratiques d'alimentation complémentaire pour les enfants de 6 à 23 mois ont augmenté, passant de 6 % à 30 %. Le recours aux soins pour soulager la respiration rapide a également augmenté, passant de 51 % à 82 %.

Sierra Leone

Plus de 1 300 agents de santé communautaires de ville ont été formés et déployés pour promouvoir le changement comportemental et soutenir les mères et le personnel soignant dans l'adoption de pratiques de santé optimales. Avec le Ministère de la Santé et les structures communautaires, l'équipe du projet (dont un membre du personnel BCC entièrement dévoué) a entrepris des recherches formatives approfondies. Cela comprenait l'identification des indicateurs peu efficaces et les comportements correspondants, les analyses d'obstacle et la préparation d'un système DBC. Le système DBC a été largement adapté aux résidences de Freetown. Par exemple, en testant le matériel, l'équipe a remarqué que les bénéficiaires s'identifiaient mieux et préféraient les photos réelles de personnes semblables à eux avec un comportement similaire, plutôt qu'un dessin ou un schéma.

Dix des treize pratiques couvertes par le livret BCC des agents de santé communautaire ont progressé de manière significative par rapport au point de départ, les trois autres n'ayant pas progressé sont restées constantes⁴. Les bénéficiaires ont apprécié l'adaptation du matériel BBC, ce qui a contribué à l'efficacité de la promotion du changement comportemental.

4. Voir les pages 29 et 30 du rapport d'évaluation finale en Sierra Leone dans la section ressources de ce numéro.

Le slogan principal du matériel BCC était « Vous êtes la mère, faites ce qu'il y a de mieux ». Rétrospectivement, ce slogan était davantage axé sur l'exploitation du genre plutôt que la sensibilité de genre ou la transformation de genre, ce qui, nous le savons à présent, est une bien meilleure pratique. Même si les messages contenus dans le projet de Sierra Leone ont inclus et reconnu les hommes comme des aidants, un effort plus poussé aurait pu être fait pour inclure les hommes et les garçons dans le système DBC.



L'agent de santé communautaire (CHW) Nabie Kargbo explique l'importance de l'allaitement à Fullah Sesay dans la communauté de Dwarzack, à Freetown, en Sierra Leone. Photo : Michael Duff / Concern Worldwide.

Kenya

Au Kenya, une approche unique et à peine différente a été lancée. Une « coalition » de bénévoles de première ligne a été mobilisée pour promouvoir et soutenir le changement de comportement parmi les éleveurs de bétail et les orienter vers les services de santé. Au même moment, des groupes de conversation communautaire se sont formés pour permettre aux communautés d'entreprendre un processus de transformation qui remet en question les normes sociales et les croyances de longue date contribuant à des résultats sous-optimaux en matière de santé et de développement. Au total, 79 groupes de conversation communautaire ont été mis en place et reliés à des bénévoles de santé par des unités communautaires.

Les conversations communautaires ont fourni accès à une plate-forme de discussions communautaires actuelles sur les questions de MNCH et ont été un moteur de cohésion sociale au sein de la communauté. L'égalité des sexes a été renforcée grâce aux groupes et aux contributions faites par les animateurs des groupes de conversation communautaire. Au cours des réunions, tous les efforts ont été faits pour parvenir à un équilibre entre les sexes et le

fait que les hommes et les femmes se réunissent dans le même groupe, s'asseyent les uns à côté des autres et discutent de questions de santé a été en soi transformateur. Les communautés, les acteurs du projet et les femmes bénéficiaires ont remarqué une augmentation de l'implication et de la responsabilités des hommes dans la santé maternelle et infantile. La communication entre les sexes et les générations s'est également améliorée grâce à l'approche exhaustive des conversations communautaires. En plus d'apporter des approches tenant davantage compte des questions d'égalité des sexes, les conversations communautaires ont promu l'égalité en s'assurant que les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et autres groupes vulnérables et marginalisés étaient contactés et pris en charge par leur communauté. Lorsque la communauté a été associée aux administrations élues des quartiers et impliquée dans le processus budgétaire annuel, des changements importants ont été observés en matière de santé et de développement. Certaines communautés ont pu obtenir un financement de la région pour les ressources dont l'établissement de santé avait un besoin urgent.

En résumé, si les interventions visant à modifier les comportements sociaux exigent au départ beaucoup de travail et de ressources, le retour sur investissement et l'optimisation des ressources sont élevés. Des progrès remarquables ont été réalisés, avec des effets avérés sur l'accélération des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile. Ces interventions et approches, associées à d'autres approches de renforcement du système, ont permis de cultiver des environnements qui sont plus susceptibles de maintenir ces gains au fil du temps. L'engagement de Concern en faveur des partenariats, des approches fondées sur des données probantes et de l'utilisation des données pour la prise de décision conditionne la réussite de la CCSC. Il faut accorder à ce processus suffisamment de personnel, de temps pour le projet et de ressources financières. L'engagement continu avec le CORE Group et la participation aux groupes de travail technique de CORE, notamment le groupe de travail CSC, sont également essentiels à la longévité de la réussite de la CCSC.

Recherche opérationnelle

En 2008, USAID a demandé à la société civile d'être « innovante » et de tester des solutions à des problèmes connus en menant des recherches rigoureuses et de haute qualité. Il était clair que les systèmes sanitaires présentaient des lacunes récurrentes en matière d'information, qui entraînaient une demande de nouvelles approches, soutenues par l'apprentissage des processus et des données. Auparavant, il était admis que la société civile n'avait ni le rôle ni la capacité de mener une recherche opérationnelle de haute qualité. Concern a remis en question cette croyance et a produit une recherche de haute qualité avec des preuves solides à l'appui de pratiques et adaptations prometteuses aux approches actuelles. Vous trouverez ci-dessous les résumés des quatre projets de recherche opérationnelle et des conclusions tirées de leur réalisation. Les rapports complets pour chacun de ces projets sont disponibles dans la section Ressources de ce numéro.

Burundi (2008-2013)¹

Les groupes de soins nécessitent beaucoup de temps et de ressources de gestion pour bien fonctionner. Des questions ont été soulevées quant à la viabilité de cette

approche après la fin du projet de l'ONG, une fois que le ministère de la santé aura pris le relais. Cette étude a testé si un modèle de groupe de soins intégré dirigé par le ministère de la santé fonctionnait aussi bien que le modèle de groupe de soins dirigé par une ONG et obtenait des résultats similaires en matière de connaissances sur la santé et de comportement au niveau des foyers.

De 2011 à 2013, Concern a mis en œuvre les modèles de groupes de soins traditionnels et intégrés² dans deux regroupements de la commune de Bukinanyana. Les groupes de soins ont été établis de la même manière dans les deux zones d'étude à l'aide des pratiques standard des groupes de soins, notamment la sensibilisation de la communauté aux groupes de soins, le recensement de tous les foyers comportant des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, et l'élection de bénévoles des groupes de soins (BGS) sur la base des résultats du recensement. Dans les deux zones de l'étude, les réunions du groupe de soins ont eu lieu deux fois par mois et les bénévoles ont effectué des visites à domicile au moins une fois par mois, au cours desquelles ils ont transmis des messages ciblés de promotion de la santé, ont procédé au dépistage de la malnutrition aiguë et ont recueilli des données relatives à l'état civil.

Dans la zone d'étude du groupe de soins traditionnel, le personnel rémunéré du projet Concern (les animateurs) a formé et supervisé d'autres membres du personnel rémunéré

¹ Les dates entre parenthèses indiquent la durée totale du projet. Dans le texte, la période d'étude est notée. Puisque la recherche opérationnelle faisait partie des projets, il fallait souvent plus d'un an pour que la recherche commence une fois que les activités de base du projet étaient fonctionnelles et que l'approbation de l'IRB était obtenue. Par conséquent, la période de mise en œuvre de la recherche a été plus courte que la durée totale du projet.

² Pour les diagrammes des deux structures du Groupe de Soins, voir l'article sur les Ressources Humaines pour la Santé.

du projet (les promoteurs), qui à leur tour ont formé et supervisé les bénévoles. Chaque promoteur était responsable de six à neuf groupes de soins et chaque groupe comptait de 10 à 15 bénévoles. Dans la zone intégrée, des agents de santé communautaires ont supervisé directement les BGS à travers l'organisation de visites de suivi des foyers, la révision des registres des bénévoles et la résolution des problèmes au cours de réunions des groupes de soin. Les agents de santé communautaires des deux zones étudiées étaient supervisés par des *Titulaires*, rattachés aux structures de santé, comme stipulé par la stratégie de santé communautaire.

Concern a conçu et testé le modèle de groupe de soin intégré afin d'améliorer l'intégration avec la structure administrative locale en confiant l'animation et la supervision du groupe de soin précédemment à la charge du personnel du projet à la structure administrative dépendant du Ministère de la Santé. Concern a apporté une assistance technique en fonction des besoins pendant la durée du projet à l'équipe de santé du district (DHT) et au personnel de la structure de santé pour la mise en œuvre des activités du groupe de soin.

À la fin du projet, la démonstration a été faite des performances équivalentes pour le modèle intégré mené par le Ministère de la Santé et du modèle mené par l'ONG pour 36 des 40 indicateurs de nutrition et de santé infantile (90 %). Le modèle intégré organisé par le Ministère de la Santé fonctionnait de façon similaire au modèle mené par l'ONG selon cinq indicateurs opérationnels couvrant les domaines de la supervision, de la fréquence des réunions et du taux de participation. Cette recherche a fourni d'importantes données démontrant la capacité du Ministère de la Santé à mettre en œuvre des groupes de soin de grande qualité dans le cadre d'une stratégie essentielle de santé infantile. Traditionnellement, les groupes de soin étaient créés et gérés par des OING et fonctionnaient en tant que structures parallèles au système de santé. Dans le cadre de cette approche modifiée, un modèle moins coûteux a été intégré au système de santé

et a fait les preuves de son efficacité. Ce modèle a également montré son potentiel en matière de pérennité accrue et d'extension à grande échelle dans le cadre des systèmes gouvernementaux.

Niger (2009-2014)

Le gouvernement nigérien a investi massivement dans des postes de santé locaux assurés par ses agents de santé communautaires (ASC) à temps plein, chargés des ensembles de services iCCM (gestion intégrée des cas par la communauté) et autres services de santé essentiels, ainsi que de renvoyer les dossiers complexes vers les structures de santé communautaires. Toutefois, la distance entre certains foyers et les postes ou structures de santé ainsi que le manque de personnel de santé restaient des obstacles critiques empêchant les soignants d'apporter rapidement des soins et les enfants de recevoir les services appropriés. Pour que ces jeunes enfants puissent recevoir rapidement des soins vitaux, ils avaient besoin de services de diagnostic et de prévention basiques et d'options de traitement à l'intérieur ou à proximité de leur foyer.

Cette étude opérationnelle portait sur l'innovation consistant à incorporer l'ICCM aux groupes de soin, c'est-à-dire que des Mères-leaders bénévoles peu alphabétisées, mais formées et équipées, forment une première ligne de fournisseurs de soins et sont associées au système de santé formel pour gérer les maladies des enfants. L'étude a examiné l'acceptabilité, la performance et la qualité des services iCCM fournis par les Mères-leaders. Concern a mené l'étude opérationnelle entre le mois de juillet 2012 et le mois de septembre 2014 dans 12 villages de la commune Bambeye du district de santé Tahoua au Niger. Les villages sélectionnés se trouvaient à plus de cinq kilomètres du centre de santé le plus proche, sans accès à d'autres services de santé, et ont montré un intérêt pour la promotion de la santé du village.

Vingt Mères-leaders de groupes de soin ont été sélectionnées par leur communauté pour ces responsabilités supplémentaires et formées à l'ICCM, au cours d'un cours

théorique de quatre jours suivi d'une pratique clinique de cinq jours. À la fin du stage clinique, les Mères-leaders ont été observées et certifiées par une infirmière expérimentée du centre de santé. Les Mères-leaders avaient dans l'ensemble un minimum de quatre ans de scolarité, une alphabétisation de base³, et une moyenne d'âge de 32 ans. L'étude les a comparées avec huit agents de santé communautaires déployés afin d'apporter des services de santé de base dans sept postes de santé ruraux desservant les mêmes villages. Les agents de santé communautaires étaient des employés du Ministère de la Santé, avaient un minimum de 10 ans de scolarité, une moyenne d'âge de 36 ans et de 9,6 années de pratique clinique, ainsi qu'une semaine

3. Même si les Mères-leaders sélectionnées pour l'iCCM avaient tous un certain niveau d'alphabétisation, la plupart n'ont terminé que l'école primaire, dans un système où beaucoup d'enfants ne savent toujours pas lire, même après trois ou quatre ans d'éducation formelle.

de formation à l'iCCM. Les infirmières des six centres de santé locaux ont apporté une supervision d'accompagnement et du matériel aux Mères-leaders et aux agents de santé communautaires.

Les principales conclusions de l'étude ont confirmé que le personnel du Ministère de la Santé comme les communautés considèrent les services iCCM apportés par les Mères-leaders bénévoles de groupe de soin peu alphabétisées comme une option acceptable pour le traitement initial des enfants malades. La qualité du travail des Mères-leaders était comparable à celle du niveau le plus bas des employés rémunérés de santé communautaires de structures au Niger. Les membres de la communauté étaient très satisfaits de l'accessibilité des services fournis par les Mères-leaders formées, qui étaient régulièrement assistées par le personnel du centre de santé. Des améliorations considérables ont eu lieu dans la rapidité de l'accès au soin et aux pratiques de



À Tahoua, au Niger, une Mère-leader bénévole de groupe de soin formée à l'iCCM interroge une autre Mère-leader sur les symptômes de cette jeune fille. La Mère-leader détermine que l'enfant respire trop vite, a probablement une pneumonie et soigne l'enfant dans le village. Photo : Megan Christensen / Concern Worldwide

traitement. Beaucoup plus d'enfants malades ont été amenés pour soins au cours des premières 24 heures, et la recherche de soins auprès de praticiens non formés a presque disparu. L'adhésion de la communauté à l'intervention d'iCCM a été une réussite, et suffisamment importante pour faciliter un certain degré de partage des tâches entre les Mères-leaders et les soignants des structures de santé. Dans les communautés où l'iCCM était disponible, les Mères-leaders sont devenues les principales soignantes pour les cas simples de paludisme, diarrhée et pneumonie alors qu'auparavant le personnel des structures de santé, déjà débordé, devait gérer tous ces patients. Une majorité des Mères-leaders formées a pu offrir une classification correcte et des performances équivalentes à celles des agents de santé communautaires en matière de qualité de traitement. Ces données suggèrent qu'un modèle iCCM faisant appel à des bénévoles de groupe de soin, semi-alphabétisée, constitue une stratégie efficace pour améliorer l'accès aux soins et aux traitements vitaux dans les zones rurales où les enfants sont plus à risque de maladie et de mort.

Sierra Leone (2011-2017)

L'implication de la communauté peut renforcer l'impact des interventions sanitaires, faciliter les réponses aux catastrophes et urgences de santé publique et solidifier les systèmes de santé. Malgré la promotion de cette implication en tant que stratégie de renforcement des systèmes de santé, il reste nécessaire d'apporter davantage de preuves de l'efficacité de cette approche. Concern, en collaboration avec l'université John Hopkins et le Ministère de la Santé du Sierra Leone, a évalué une forme d'implication communautaire : le développement et la mise en œuvre d'un système d'information de santé participatif et communautaire (SISPC) dans des communautés urbaines informelles à Freetown, au Sierra Leone, entre les mois de juillet 2015 et mars 2017. Les objectifs de l'étude consistaient à évaluer le degré selon lequel le SISPC a facilité l'utilisation de données dans les structures communautaires locales⁴ pour planifier et mettre

en œuvre des actions permettant d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi qu'à évaluer le degré de sa contribution à l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile dans la communauté.

L'étude a pris la forme d'un essai contrôlé et randomisé par clusters⁵. Des communautés ont été attribuées de façon aléatoire soit à la zone d'intervention, soit à la zone de contrôle. Les sites d'intervention ont bénéficié des activités de routine du projet ainsi que de deux autres activités :

- 1) Des réunions d'examen des données sanitaires de la communauté (EDSC) qui se sont tenues tous les deux mois en soutien aux Comités de gestion de la santé, aux Comités locaux de développement et aux pairs superviseurs afin de passer en revue les données des foyers collectées par les employés de santé communautaires, déterminer des mesures en réponse à ces données et présenter et discuter des résultats des autopsies verbales.
- 2) Des autopsies verbales (AV) pour les morts d'enfants de moins de 5 ans déclarées par les employés de santé communautaires ont également été menées pour identifier les causes de la mort et chercher à comprendre les circonstances entourant le moment du décès.

Cette étude a été mise en œuvre dans des circonstances difficiles. L'intervention a été retardée par des interruptions de la finalisation de la politique nationale des agents de santé communautaires, deux épidémies de choléra et l'épidémie d'Ebola qui a duré plus de deux ans. Dans l'ensemble, les communautés menant

⁴ Les Comités de Développement des Quartiers (WDC) et les Comités de Gestion de la Santé (HMC)

⁵ Dans ce type de recherches, les individus sont regroupés (dans ce cas, dans des communautés) et sont assignés aléatoirement selon qu'ils se chargeront de l'intervention ou de l'organe de contrôle. Les communautés choisies comme « organes de contrôle » n'ont reçu que les activités de routine du projet et ont été observées en même temps que les communautés d'intervention qui ont reçu les activités d'intervention supplémentaires.

les autopsies verbales et participant aux réunions bimensuelles ont obtenu des performances légèrement supérieures aux autres communautés qui ne l'ont pas fait, sur les mesures de fonctionnalité des agents de santé communautaires, de comportements dans les foyers et de comportements de recherche de soins. D'après les résultats des AV, le paludisme et la pneumonie ont été les principales causes de décès d'enfants dans la région. Toutefois, ces informations n'étaient pas nouvelles et les seules données sur les causes des décès ne suffisaient pas pour permettre à la communauté de mener une action concrète. Lorsque les résultats des AV ont été combinés aux conclusions de l'autopsie sociale, qui explore les autres déterminants sociaux entourant le moment du décès, les communautés ont pu apporter une meilleure réponse à ces problèmes et élaborer des solutions locales. Les autopsies sociales ont révélé des problèmes en matière de pratiques de recherche de soins, de premier point de soins et d'accès aux soins appropriés et à une structure de soins. Des faiblesses dans l'intervention des agents de santé communautaires ont considérablement limité les possibilités d'utilisation du SISPC à des fins d'observation des tendances de la mortalité et de la morbidité. Néanmoins, les résultats positifs obtenus en termes de fonctionnalité de l'intervention des agents de santé communautaires et de capacité de la structure communautaire sont encourageants. Les résultats suggèrent l'intérêt d'autres investigations rigoureuses en matière d'amélioration du fonctionnement d'un système de santé communautaire à travers une approche similaire à celle de l'implication communautaire.

Kenya (2012-2017)

Moins de 40 % des femmes accouchent en présence d'une personne qualifiée dans la région de Marsabit au Kenya⁶. Il s'agit d'une région pastorale où l'accès à des services de santé de qualité reste compliqué. Les espaces d'attente maternelle (EAM) représentent une stratégie prometteuse pour surmonter les obstacles géographiques. Toutefois, leur sous-

utilisation est bien documentée. Concern, en collaboration avec l'université John Hopkins et le Ministère de la Santé du Kenya, a évalué l'impact d'un ensemble de services incluant un EAM sur l'augmentation du taux d'accouchements dans les structures. L'ensemble de services a été conçu par concertation locale, avec notamment l'acquisition de compétences pour les soignants, des solutions communautaires et le recours à des agents de référence communautaires. Ce fut l'une des premières études à examiner les contributions d'un EAM pour les femmes des zones pastorales et les communautés nomades.

Une étude a été menée pour comparer les taux d'accouchement dans les structures entre les divers sites d'intervention (quatre structures où des EAM ont été établis) et six structures de comparaison. 480 sages-femmes traditionnelles ont suivi une formation d'agents communautaires de référence pour les naissances (ACRN) afin de référer les femmes enceintes aux soins prénataux et de promouvoir l'EAM. En outre, 104 bénévoles de santé communautaires (BSC) ont été formés pour apporter des informations sanitaires et référer les femmes enceintes.

Entre les mois de juillet 2015 et décembre 2016, 114 femmes ont utilisé l'EAM (23 % de l'ensemble des naissances en structures de santé). Aucune mort maternelle et aucune différence significative n'ont été constatées en termes de résultats pour les nouveaux nés et de scores d'Apgar⁷. Au départ, on notait 45 % d'accouchements en plus dans les établissements de la zone d'intervention par rapport aux établissements de comparaison. Lors de l'examen des données

⁷ Le score d'Apgar est un test donné aux nouveau-nés peu après la naissance. Ce test vérifie auprès du bébé le rythme cardiaque, le tonus musculaire et d'autres aspects pour voir si des soins médicaux supplémentaires ou des soins d'urgence sont nécessaires. Le test est généralement fait deux fois : une fois 1 minute après la naissance, et une autre 5 minutes après la naissance. Parfois, s'il y a des doutes quant à l'état de santé du bébé, le test peut être administré une deuxième fois, 10 minutes après la naissance.

⁶ Enquête de base sur les KPC de 2012 et les KDHS de 2014



En commençant en bas à gauche, l'infirmière responsable de l'établissement de santé, les mères, les agents communautaires de référence pour les naissances et les bénévoles de santé communautaire à l'extérieur de l'espace d'attente de la maternité où les mères sont restées récemment en attendant le début de leur accouchement. Cet espace qui était auparavant vide a été converti en espace de repos par Concern, pour que les femmes enceintes puissent venir avant le début de l'accouchement afin d'assurer qu'elles bénéficient d'un accouchement sûr à l'établissement médical de Songa, dans le district de Marsabit, au Kenya. Photo : Megan Christensen / Concern Worldwide

finales, il y avait une augmentation de 94 % du nombre d'accouchements dans les centres d'intervention, une augmentation absolue de 49 points de pourcentage ; ou une différence relative de 109 %. Il y avait statistiquement un taux nettement plus élevé de cas recommandés dans les établissements de plus haut niveau (hôpital régional) dans les centres d'intervention (5 %) que dans les centres de comparaison (1 %). Cependant, il y avait moins de complications maternelles et de recommandations pour les femmes qui utilisaient des espaces d'attente maternelle (EAM), que pour celles ne l'utilisaient pas, mais accouchaient dans un centre d'intervention. Parmi les centres d'accouchements qui possèdent des équipements d'EAM, 68 % des femmes ont indiqué que leur grossesse antérieure a entraîné un accouchement à domicile. Pratiquement tous les utilisateurs (98 %) ont indiqué qu'ils se serviraient à nouveau des équipements d'EAM.

Les équipements d'EAM, avec un renforcement des services de santé, ont augmenté le nombre d'accouchements à l'hôpital parmi les femmes des communautés pastorales dans les zones de projet. Les équipements d'EAM ont été très bien acceptés chez les femmes de communautés pastorales ; et les ACRN (agents communautaires de référence pour les naissances) et les BSC (bénévoles de santé communautaires) jouent un rôle essentiel pour faciliter l'utilisation des EAM. Plus de recommandations dans les niveaux supérieurs de soin suggèrent que l'ensemble proposé par l'EAM (y compris l'amélioration des compétences cliniques) améliore les recommandations ponctuelles en soin de maternité compréhensifs. La recherche a montré que les ensembles pour les interventions devraient être faites avec une contribution inclusive et communautaire, particulièrement pour les femmes et les mères.

Durabilité, enseignements tirés et voie à suivre

Les Projets de Concern pour la survie de l'enfant ont réuni un nombre significatif de preuves, promettant des pratiques exemplaires et des enseignements tirés au fil des années. Tandis que les financements de l'USAID pour le Programme de Survie de l'Enfant et de Subventions Sanitaires ont été terminés en 2015, ces approches et leçons ont continué à influencer Concern dans sa compréhension de l'amélioration du système de santé et dans une nouvelle stratégie d'organisation de santé qui a été terminée en 2019¹.

De plus, Concern continue à s'investir régulièrement avec CORE Group à travers des groupes de travail technique et le réseau de praticiens de santé communautaires pour la conférence annuelle de CORE².

Une caractéristique du travail de Concern dans les programmes de survie de l'enfant était des collaborations stratégiques avec les communautés. Ce qui suit est une réflexion sur les enseignements tirés et les «ingrédients» clé pour ce qui a contribué au succès de ces projets et peut-être des systèmes de santé plus forts, avec la capacité de maintenir les gains achevés à travers des partenariats sérieux avec les Ministères de la Santé et les communautés elles-mêmes. Toutes les études montrent que l'attention nécessaire aux facteurs contextuels et au renforcement continu sont essentiels pour comprendre pourquoi des interventions

de survie de l'enfant fonctionnent et d'autres ne montrent pas d'amélioration. Il y a un lien entre la prise de conscience contextuelle, la réactivité du projet à s'adapter rapidement aux environnements changeant rapidement et la durabilité.

Alors qu'il n'y a pas de déterminant unique de durabilité, les Projets de Survie de l'Enfant projettent de solidifier les systèmes de santé avec un ensemble d'éléments prouvés et renforcés pour favoriser l'engagement effectif et les adaptations là où elles sont nécessaires. Même dans la période qui suit le projet, le but est que cette approche continue à améliorer les résultats cliniques ou maintenir les gains effectués lors de la durée de vie du projet. Beaucoup des réalités des investissements, comme la formation des travailleurs et de la communauté de santé, l'amélioration de capacité et le changement mesurable de capacité, la norme sociale et le changement de mentalités vont perdurer dans les communautés. De plus, comme les projets sont menés en parallèle des systèmes, stratégies et priorités nationaux, et cherchent à concrétiser ces derniers à travers des partenariats avec les Ministères de la Santé et d'autres partenaires opérationnels, les Projets de Survie de l'Enfant ont souvent été des accélérateurs pour des politiques plus progressives, équitables et inclusives, qui ont été réalisées au fil du temps.

Échelle et renouvellement : Vers 1998, lors du début des Programmes de Survie de l'Enfant de Concern au Bangladesh, une décision fondamentale a été prise et a changé la façon dont Concern approche les programmes de santé. Concern a migré d'un modèle de service d'accouchement direct à

¹. https://concern2com.sharepoint.com/:w:/r/sites/KExchange/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B5F071FD6-EB8A-4151-9F74-1CE61FF21F80%7D&file=Health%20Strategy%20Chapeau%202019.docx&action=default&mobileredirect=true&DefaultItemOpen=1

². <https://coregroup.org/>



Les Mères Leader se retrouvent à Tahoua, au Niger, pour examiner et discuter des données recueillies auprès des foyers avec leur groupe de soutien. Photo : Concern Worldwide.

une collaboration avec le gouvernement local et la société civile pour renforcer le système de santé à l'intérieur de la communauté. Au Bangladesh, c'est devenu un modèle de santé urbaine économiquement efficient et porté par la communauté³. Dès le départ, on a pu constater une ferme volonté de documenter les processus et les enseignements, de même que d'établir un système de suivi solide. Les données du projet étaient systématiquement collectées afin d'en acquérir suffisamment ainsi que des informations qui seraient disséminées localement et nationalement pour convaincre les partis prenants et les autres autorités que ce modèle était digne de leur investissement et d'une échelle et une réplification plus importante.

L'une des clés du succès dans la mise à l'échelle et la réplification de ce modèle au Bangladesh était l'établissement de **Centres de formation**. Comme Concern ne fournissait plus de services de santé tangibles et se concentrait plus sur le renforcement de la capacité des intervenants locaux à fournir des services de santé, il était difficile pour des autorités et gouvernements locaux de

comprendre le concept. Les visites des centres de formations ont permis de transformer des concepts abstraits comme « mobilisation », « participatif », et « renforcement des capacités » en quelque chose de réel et tangible. Les intervenants ont pu observer les activités et interagir avec d'autres en temps réel. Le plus souvent, après la visite d'un centre, les responsables locaux sont retournés chez eux avec une compréhension plus claire et une appréciation sur l'approche et ce qu'elle implique. Ces visites peuvent être une vraie expérience révélatrice, comme le prouvent leur feedback. L'équipe de Concern a reçu plusieurs commentaires comme : « Maintenant, je comprends mieux ! » et « Il faut le voir pour le croire ». De plus, les centres de formation servent de ressource technique pour former des agents de mise en œuvre à travers toute la durée de vie du projet, à mesure que l'équipe du projet était capable de trouver des solutions pour régler des problèmes récurrents.

Les visites de centre de formations, de site et des échanges ont aussi été utilisés comme approches dans d'autres Projets de Survie de l'Enfant. Les intervenants du projet sont menés à des zones de haute performance pour être témoins de l'action sur le terrain et ces visites et discussions ont souvent été citées comme facteurs de motivation pour adopter des approches similaires dans leurs communautés. Des principes du modèle de santé urbaine du Bangladesh ont été ensuite appliqués à Haïti et en Sierra Leone et avec d'autres adaptations contextuelles, le modèle a été répliqué.

Une approche similaire pour une implication à plus grande échelle a été appliquée au Rwanda, selon laquelle le projet était prioritaire et **documentait rigoureusement** un projet-pilote pour des soins à domicile contre le paludisme. Ensemble, avec d'autres partenaires et donateurs opérationnels, Concern a organisé des visites d'échange et le consortium *Kabeho Mwana* a finalement été formé pour que l'implication plus importante du traitement à domicile contre le paludisme inclue le traitement contre la pneumonie et la diarrhée, mais aussi un dépistage à domicile de la malnutrition. La réputation de Concern pour sa **forte présence sur le terrain; pour**

³. Plus d'informations sur l'approche et le modèle sont trouvables ici : <https://concern2com.sharepoint.com/sites/KEExchange/Publications/Breaking%20the%20Mold-A%20Toolkit%20for%20the%20Replication%20of%20an%20Effective%20Urban%20Health%20Model.pdf#search=breaking%20the%20mold>

encadrer et fournir un support technique aux agents de santé et aux équipes de santé locales ; **pour renforcer la capacité de communauté** ; et pour favoriser l'innovation en adaptant les politiques nationales sur la santé communautaire pour atteindre la dernière ligne droite⁴ ont fait que le consortium a pu appliquer une pratique prometteuse à une plus grande échelle qui est maintenant connue comme la Gestion intégrée des Cas dans la Communauté (iCCM).

Création d'un sentiment d'adhésion : La deuxième phase du projet de survie de l'enfant au Rwanda « *Kabeho Mwana* » et dans une large mesure des projets qui l'ont précédé, ont montré que construire à partir de zéro : une approche populaire, fonctionne bel et bien. Durant l'évaluation, le Ministère de la Santé a félicité l'équipe du projet pour sa présence sur le terrain. Les membres de l'équipe du projet se sont intégrés dans les communautés et le système de santé. Cette présence de l'équipe du projet a nourri les relations et établi la confiance aux niveaux les plus fondamentaux. Les foyers bénéficiaires, les volontaires en première ligne, les agents de santé et les structures communautaires se sont unis avec l'équipe du projet autour d'une vision commune.

Au Kenya, l'approche de Conversations Communautaires de dialogue communautaire participatif a fourni la preuve que ce mécanisme était essentiel pour établir des Unités Communautaires. Le Ministère de la Santé a remarqué que grâce au projet qui unit les communautés pour discuter des problèmes de santé et des solutions locales avec des groupes de Conversation communautaires, le sentiment d'adhésion est plus fort et mène à la durabilité du projet. Même si les investissements initiaux sont plus élevés en choisissant des approches d'engagement de routine communautaire, sur le long terme, cela peut diminuer les coûts liés à l'attrition.

En Sierra Leone, le projet cherchait à créer un sentiment d'appartenance locale afin que la durabilité soit un pilier essentiel

des interventions. Pour ce faire, l'équipe impliquait la communauté depuis la création du projet et chaque communauté organisait un événement de lancement du projet avec le support de l'équipe du projet. Un Agent de Développement Communauté (un employé de Concern rémunéré), était assigné à chaque communauté et passait la plupart du temps (80 % ou plus) dans les communautés auxquelles il était assigné en travaillant en collaboration avec les intervenants locaux. La communauté et le Ministère de la Santé nommaient le projet « *d'Al Pikin à Liv* » comme « leur propre initiative » et parlaient de Concern comme un facilitateur ou un catalyseur, démontrant clairement leur adhésion au projets et à ces objectifs.

Capacité de construction : Au Rwanda, Concern a démontré que **la présence sur le terrain n'équivaut pas à une substitution**; mais à **une capacité de construction qui requiert un accompagnement** et l'accompagnement des agents de santé dans leurs tâches de tous les jours. Un enseignement fondamental identifié dans le premier projet de survie de l'enfant était que la capacité de construction et mobilisation communautaire ne peut pas être rajouté à un projet ou incorporé dans un plan de travail. La capacité de construction doit faire partie intégrante d'une stratégie de projet, qui peut, et



Un groupe de Conversation Communautaire à Somare, Moyale dans le district de Marsabit, au Kenya. Photo : Megan Christensen / Concern Worldwide

⁴. La « dernière ligne » désigne les bénéficiaires au niveau du village, de la communauté ou du foyer, et dans ce cas ce sont les enfants et les soignants.

devrait être préparée et évaluée au fil du temps. En utilisant le HICAP, les projets au Bangladesh et en Sierra Leone ont montré des progrès considérables dans les zones de capacité auto-évaluée^{5,6}.

Engagement politique/dirigeants politiques: Les succès obtenus dans les Projets de Survie de l'Enfant peuvent partiellement être attribués au fait que **les dirigeants et le gouvernement local étaient mobilisés**, engagés de façon significative **en tant que partenaires** et se rapprochaient de leurs constituants. De ce fait, collectivement, les projets se réalisaient mieux, les questions de santé s'amélioraient et la possibilité que ces gains persistent augmentait.

Au Kenya, lier les groupes de Conversation Communautaire à la structure de gouvernance décentralisée du service d'administration a mené à plusieurs succès, y compris à un meilleur approvisionnement en eau, à des routes et des apports supplémentaires aux établissements de santé. Ainsi, de façon essentielle, les communautés ont participé à la planification par district et aux processus de budgétisation menés par l'administrateur de service ; ceci a permis aux communautés d'articuler leurs priorités et de les financer.

Au Bangladesh, les dirigeants municipaux et de service ont pu voir des preuves que leur participation a eu des dividendes politiques positifs, pour le compte de la santé de leurs

constituants. Ils se sont rendu compte que c'était possible pour eux de « faire une bonne affaire et une bonne action ».

Au Burundi, au Rwanda et en Sierra Leone, la participation du Ministère de la Santé à tous les niveaux et leur volonté pour des systèmes de santé communautaires plus forts favorisent l'adoption des politiques de santé communautaires et progressives. Ces politiques, concrétisées avec Concern, ont augmenté le partage des tâches, réduit les charges de travail aux établissements statiques et amené des services de santé vitaux en dernière ligne droite.

Revendication : L'application des **preuves et des enseignements a mené à une mobilisation fructueuse** pour influencer le gouvernement rwandais à adopter l'iCCM comme politique nationale et l'intégration de la Gestion Locale de la Malnutrition Aiguë (CMAM) dans le protocole d'alimentation nationale au Rwanda. De même, les résultats des deux projets-pilotes, au Burundi et au Niger, ont été utilisés pour transformer les politiques de santé communautaire, en contribuant à l'apprentissage de l'application à une plus grande échelle sur la gestion des dossiers communautaires contre les maladies infantiles. L'Équipe de Santé de District au Burundi a exprimé de l'intérêt dans l'incorporation du Modèle Intégré de Groupe de Soins dans la Stratégie Nationale de Santé Communautaire ; et au Niger, il est devenu évident que les mères, avec des niveaux d'alphabétisation très bas, pourraient pratiquer des soins basiques curatifs aux enfants, au domicile.

Au Kenya et en Sierra Leone, les enseignements tirés du projet de Survie de l'Enfant ont été utilisés pour influencer la stratégie de santé communautaire par ses contributions à établir et maintenir la première ligne des Bénévoles de Santé Communautaire et des Assistants de Santé Communautaire.

Collaboration : Quand des membres de la communauté **participent aux prises de décisions**, ils sont plus enclins à réagir positivement aux services de santé fournis, ils contribuent aux ressources individuelles et collectives (temps, argent, énergie, matériaux) ; ils changent positivement les comportements

⁵. En Sierra Leone, le pourcentage moyen de l'HICAP de tous les indicateurs auto-évalués a augmenté de 22 %. Les membres du Comité de Gestion de la Santé et du Comité de Développement des Quartiers se sont plus distingués pour leurs qualités de meneurs, suivi par la planification participative, la collaboration et la coordination. Les deux groupes ont amélioré leurs compétences en matière de mobilisation et de gestion des ressources. Des gains de 33 % ou plus ont été constatés pour le suivi et l'évaluation, la supervision et la mobilisation des ressources.

⁶. Au Bangladesh, l'HICAP visait à ce qu'au moins 75 % des municipalités aient une augmentation en une fois de leurs capacités ; cet objectif a été largement dépassé. Chacune de ces municipalités a fait état de capacités accrues sur une période de trois ans (2006-2009) en matière de ressources humaines, de qualités de meneur, de planification et de mise en œuvre, de coordination et de mobilisation des ressources, et de suivi et d'évaluation.

de santé, et ils ont des informations et compétences qui leurs permettent de prendre le contrôle de leur santé et être responsables de leurs actions⁷. Même si les approches de communauté participatives requièrent initialement de plus grands investissements, les projets de survie de l'enfant ont montré que ses investissements sont durables et rentables pour les années à venir. De ce fait, la collaboration avec les communautés est l'image de marque de notre portefeuille.

Au Bangladesh, l'équipe a cherché à atteindre la durabilité en s'assurant que la société civile et le secteur de la santé travaillent ensemble pour atteindre de meilleurs résultats de santé pour les enfants. Cette approche a cherché à transformer les dirigeants hésitants en supporteurs en leur montrant l'implication et la compétence des Comités du Service de Santé.

En Sierra Leone, le système d'information de santé participatif, basé sur la communauté, était développé en collaboration avec la communauté. À la fin du projet, les membres de la communauté ont animé des rencontres et ont discuté des actions communautaires et des solutions locales pour améliorer leur système de santé et leur résultats.

Égalité et Équité : Au Bangladesh, Concern et les intervenants communautaires ont identifié et créé des cartes communautaires avec des indications pour les foyers vivant dans une extrême pauvreté, connus sous le nom de Groupe le Moins Avantage (LAG). De cette manière, le projet, avec d'autres intervenants locaux, pourrait augmenter ou diriger les ressources vers des projet aux foyers qui en ont le plus besoin. Ces cartes et ces listes ont aussi permis à l'équipe du projet et aux Travailleurs de Santé Communautaire (CHWs) de relier l'extrême pauvreté aux autres services sociaux. En établissant des critères et en alignant **des stratégies de projet pour les pauvres** avec les politiques gouvernementales, le projet a fait de grandes avancées en réduisant la différence

⁷ Rifkin, S. B. (2009). Leçons tirées de la participation communautaire aux programmes de santé : un bilan de l'expérience post-Alma-Ata. Santé internationale 1 (1) : 31-36.

d'équité et en assurant l'accès aux services de santé de qualité aux plus pauvres.

Au Kenya, des Conversations Communautaires ont commencé le dialogue qui a mené aux actions communautaires, dirigées par des membres de la communauté, pour construire des logements et des latrines pour les pauvres ou pour d'autres membres vulnérables de la communauté.

Au fil du temps, Concern a appris l' **importance d'engager les hommes et les garçons dans les problématiques de santé**. Ceci était particulièrement flagrant au Burundi et au Niger où l'engagement des hommes était essentiel à la participation des femmes aux activités de projets. De plus, les enseignements tirés du projet ont montré que pour maintenir les gains et atteindre les personnes les plus vulnérables, les hommes doivent être inclus dans la prise de décision car ils sont souvent les gardiens des femmes et des enfants qui accèdent aux services de santé.

Mener des recherches de qualité : Les premiers travaux de recherche opérationnelle au Burundi et au Niger étaient difficiles à mettre en œuvre et à mener en l'absence de partenaire académique et sans la présence dans le pays d'un Coordinateur de Recherche expérimenté, travaillant à plein temps. Cependant, avec le **soutien d'un Chercheur Principal** assigné à chaque projet, qui avait de l'expérience dans la recherche sur le terrain et dans la publication revue par des pairs, les projets ont bénéficié d'une conception beaucoup plus rigoureuse et d'une analyse compréhensive finale. Il est par conséquent hautement recommandé d'inclure un **coordinateur de la recherche à plein temps** installé sur le site de l'étude. Cette personne devrait avoir de préférence de l'expérience dans la rédaction de protocoles de recherche et dans les présentations au Comité d'Examen Institutionnel (IRB) ainsi que dans la direction de publications revues par des pairs.

L'examen approfondi d'une analyse **documentaire** a été menée avant de finaliser le/s question/s et protocole de recherche. Ce procédé a aidé les équipes à déterminer quels étaient les problèmes de santé les plus urgents, la différence de connaissance et de pratique à ce moment présent et les besoins

en informations et solutions additionnelles. La recherche opérationnelle entreprise lors de ces projets était motivée par un besoin de plus de preuves et effectuée à travers des consultations avec les intervenants. Ces travaux de recherche étaient tous incorporés dans des projets plus larges et n'étaient pas des projets de recherche indépendants. Cela a confirmé l'importance de la recherche et montré que les solutions mises au point étaient applicables dans les situations réelles.

Selon la nature de la recherche et de la complexité de la/les question/s de recherche, **un temps approprié** doit être prévu pour non seulement démarrer le projet mais aussi pour laisser du temps à la réalisation des travaux et à la production de preuves. Utiliser des enquêtes de population comme Knowledge, Practice and Coverage (KPC) ou Knowledge, Attitudes and Practice (KAP) pour évaluer le changement des comportements, des connaissances, des pratiques et des attitudes, demande du temps pour non seulement lancer les interventions, mais aussi pour laisser des changements se produire pour les évaluer sur la population. Il est alors recommandé d'attendre deux ans avant que l'intervention ne commencent.

La recherche rigoureuse nécessite un **budget suffisant**. Il est recommandé d'assurer un budget suffisant, basé sur la conception et la méthodologie de la recherche, afin d'obtenir des résultats avec suffisamment de portée pour que des conclusions valables puissent être produites. Il est également recommandé de mettre de côté des fonds pour que la publication de la recherche revue par des pairs soit libre d'accès. Ce processus peut durer 1 à 2 ans avant l'intervention.

Voie à suivre

Pendant vingt ans, les travaux du Programme de Survie de l'Enfant de Concern ont mené à des améliorations dans le système de santé et aussi dans la survie des enfants, des mères et des nouveau-nés. Globalement, les maladies et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont considérablement baissé et des améliorations dans la santé et la survie des mères et des nouveau-nés ont pris racine.

Plus important encore, comme cet article l'a montré, plusieurs pays ont été capables de maintenir eux-mêmes les gains de santé maternelle, de l'enfant et du nouveau-né quand les communautés sont impliquées de façon significative. Ces derniers ont pu être maintenus car les facteurs contextuels ont été pris en considération pendant les phases de conception et de mise en place. Il s'est avéré que l'appropriation locale et l'engagement ont été essentiels à l'amélioration de la durabilité des résultats de programme. Même avec des innovations variées et des adaptations de vieux modèles qui ont pourtant fait leurs preuves, les principes de Concern restent les mêmes : établir des projets communautaires participatifs à partir de zéro.

Dans les années qui ont suivi la fin du programme de survie de l'enfant, les travaux de Concern sont passés d'un intérêt porté sur la santé maternelle, des nouveau-nés et des enfants, à une importance accrue à adresser des soins continus. Ils engagent volontairement la santé des hommes, des garçons, des adolescents, les soins sexuels et génésiques, et des soins de santé primaire communautaires. Plus que jamais, la technologie de santé numérique présente un intérêt de plus en plus grand pour répondre rapidement et de façon contrôlée aux soins d'urgence, en assurant une bonne couverture et en augmentant la capacité de résistance. Cependant, comme dans beaucoup de configurations pauvres en ressources, l'infrastructure est un facteur limitant l'adoption des nouvelles technologies. On peut encore y gagner en utilisant les données dans la prise de décision à tous les niveaux. Pour empêcher la propagation des épidémies et des catastrophes épidémiologiques, l'usage de données de surveillance est vital pour que les systèmes de santé durent et pour améliorer l'état de préparation pour des réponses adéquates dans l'urgence. Concern teste aussi un mécanisme de finance innovateur pour les soins de santé, qui sera primordial pour la poursuite des soins et une couverture de santé universels et pour faire avancer les Objectifs de Développement Durable (SGD) 3 : garantir une vie saine et promouvoir le bien-être à tout âge.

Ressources

Ressources pour les Programmes de Survie de l'Enfant de Concern

Note : la plupart des liens ci-dessous sont pour des documents sur la plate-forme d'Échange de Connaissances de Concern, pour laquelle un nom d'utilisateur et un mot de passe sont requis.

Bangladesh

Concern Worldwide Bangladesh Child Survival Partnership Program 2000 – 2004 Final Evaluation Report

Municipal Health Partnership Programme (MHPP) 2004 – 2009 Final Evaluation Report

Sustainability of the Saidpur and Parbatipur Urban Health Model (Bangladesh) Five Years after the end of Concern's Child Survival Project Final Evaluation Report 2010

Burundi

Community Health Systems Strengthening in Cibitoke Province, Burundi: Mabayi Child Survival Project Final Evaluation Report 2013

Mabayi Child Survival Project Cibitoke Province Burundi, Midterm Evaluation Report 2011

Burundi Operations Research Brief: Shifting the management of a community volunteer system (Care Groups) from NGO staff to Ministry of Health staff in Burundi

Burundi Operations Research Final Report: Testing the Effectiveness and Sustainability of an Integrated Care Group Model as Compared to the Traditional Care Group Model

Implementing Community Case Management for Malaria in Burundi 2012

The Implementation and Functionality of Care Groups in Burundi 2012

Haiti

The Urban Health project for Five Disadvantaged Neighborhoods of Metropolitan area of Port-au-Prince (Child Survival Project), Haiti Midterm Evaluation Report 2008

The Urban Health project for Five

Disadvantaged Neighborhoods of Metropolitan area of Port-au-Prince (Child Survival Project), Haiti Final Evaluation Report 2010

Kenya

Evaluation of the Child Survival Program Improving Maternal, Neonatal and Child Health for Pastoralists in Moyale and Saku Sub-Counties, Marsabit, Kenya 2017

Kenya Child Survival Operations Research Results: Do Maternity Waiting Spaces Increase Health Facility Births for Pastoralist Women in Marsabit County, Kenya?

Niger

Lahiya Yara Child Survival Project Niger Midterm Evaluation Report 2012

Lahiya Yara Child Survival Project Niger Final Evaluation Report 2014

Niger Operations Research Report: Can Low-literacy Mothers Deliver Essential and Life-saving Care to Young Children in Rural Niger?

Rwanda

Rwanda Child Survival First Project 2001 – 2006 Final Evaluation Report 2006

Rwanda Child Survival Program 2006 - 2011 Kabeho Mwana Midterm Evaluation Report 2009

Rwanda Child Survival Program 2006 – 2011 Kabeho Mwana Final Evaluation Report 2011

Plausible role for CHW peer support groups in increasing care-seeking in an integrated community case management project in Rwanda: a mixed methods evaluation

Nationwide implementation of integrated community case management of childhood illness in Rwanda

The Rwanda Expanded Impact Child Survival Program Booklet

The Rwanda Expanded Impact Child Survival Program: Lessons from Working in Consortium

Sierra Leone

Sierra Leone Child Survival Program Al Pikin Fo Liv Final Evaluation Report 2017

Sierra Leone Operations Research Brief: Testing a Participatory,

Community-Based Health Information System

Engaging communities in collecting and using results from verbal autopsies for child deaths: an example from urban slums in Freetown, Sierra Leone

Piloting a participatory, community-based health information system for strengthening community-based health services: findings of a cluster-randomized controlled trial in the slums of Freetown, Sierra Leone

Other resources

USAID Designing for Behavior Change: A Practical Field Guide 2017

Designing for Behavior Change for Agriculture, NRM, Health and Nutrition Training Curriculum

CORE Group Resource Library

An Overview of Approaches to Social and Behaviour Change (Concern Worldwide 2013)

Review of Barrier Analysis on Common Behaviours Learning Brief (Concern Worldwide 2018)

Engaging Men in Maternal, Newborn and Child Health and Nutrition: A Concern Worldwide Technical Brief 2017

Child Survival Toolkit Concern Worldwide 2012

Breaking the Mold: A Toolkit for the Replication of an Effective Urban Health Model 2011

Breaking the Mold: Annexes

New Frontiers in Child Survival: Reaching the Most Vulnerable

Integrating Care Groups into MoH Systems: A User's Guide for Implementation

30 Years of the Child Survival and Health Grants Program (CSHGP): Building Systems with Communities and Countries to Save Lives and Improve Equity

Health Institutional Capacity Assessment Process (HICAP) Toolkit for Concern staff

Auteurs collaborateurs

Megan Christensen, Health Advisor (Conseillère Médicale), Concern Worldwide US

Finola Mohan, Programme Knowledge and Learning Adviser (Conseillère du Programme de Connaissances et de Savoirs), Concern Worldwide Ireland

Breda Gahan, Senior Health and HIV Adviser (Conseillère Principale de Santé et pour le Traitement de VIH), Concern Worldwide Ireland

Merci

Ces vingt dernières années n'auraient pas été possibles sans un réseau de collègues et de champions de santé communautaire extrêmement dévoués à leur cause. Nous tenons d'abord à remercier les volontaires de première ligne, qui étaient pour la plupart des femmes et des mères et qui ont donné de leur personne afin d'améliorer les vies de leurs amis, leurs voisins et leurs familles. Nous sommes profondément reconnaissants pour leur engagement. Sans eux et sans elles, rien de cela n'aurait été possible. Merci à nos bénévoles communautaires. Nous tenons aussi à adresser des remerciements sincères aux communautés, au personnel des services de santé, aux institutions gouvernementales et à nos sociétés civiles partenaires pour leur engagement sans limite pour améliorer la santé communautaire pour tous. Ils ont généreusement donné de leur temps et ont fourni d'autres ressources afin d'empêcher que des femmes, des nouveau-nés et des enfants ne meurent de causes qui auraient pu être évitées, et d'assurer que leur communauté bénéficierait de systèmes de santé plus forts et plus responsables. Nous voulons aussi saluer et faire l'éloge de chaque programme national, chaque équipe de survie et chaque gouvernement qui ont été des héros et des champions de santé communautaire, de leur propre droit. Les résultats remarquables de ce programme sont un témoignage de leur présence sur le terrain, de leurs partenariats et relations, et de leur engagement sans relâche avec la communauté pour améliorer les bilans de santé. Aux équipes basées dans les sièges sociaux et à tous les collègues qui travaillent ensemble pour aider les autres depuis tant d'années, merci de travailler à nos côtés. Enfin, à l'USAID, l'Irish Aid et à nos donateurs : merci pour votre collaboration, votre assistance technique et votre vision. Nous avons réussi !



Des enfants enthousiastes et vigoureux dans les zones de projet de survie de l'enfant. Photo : Megan Christensen / Concern Worldwide



À Marsabit, au Kenya, Fatuma Mohamed, 20 ans, et son époux Abdulahi Osman, 25 ans, sont accompagnés de leurs deux fils : Yusuf, un nourrisson d'à peine trois semaines et demie, et Mohamed, 2 ans et demi. Photo : Peter Caton / Concern Worldwide.

Quatrième de couverture :

À qui cette publication est-elle destinée ?

Tout le personnel impliqué dans la conception, la mise en œuvre, la gestion, le suivi, l'évaluation et la communication du travail effectué par Concern. Cette publication devrait aussi être partagée avec les partenaires.

Ce qu'inclut cette publication

- Pratique prometteuse
- Apprentissage organisationnel
- Promotion d'approches de programmation multisectorielles et intégrées
- Liens vers les rapports complets

Ce qu'elle n'inclut pas :

- Des recommandations ciblées
- Des données probantes supplémentaires ne figurant pas dans les documents cités
- Des descriptions détaillées des interventions ou de leur mise en œuvre

GRUPE DE TRAVAIL RÉDACTION

- **Finola Mohan** : Rédactrice en chef
- **Megan Christensen** : Rédactrice de ce numéro

Mots clés

Survie de l'enfant, Santé, Groupes de soutien, Santé maternelle néonatale et infantile, Gestion axée sur les résultats, Communication pour le changement social et comportemental, Recherche opérationnelle, Renforcement du système de santé, Santé communautaire

Les points de vue exprimés dans Knowledge Matters sont ceux de leurs auteurs et ceux-ci ne coïncident pas nécessairement avec ceux de Concern Worldwide et ses partenaires. Concern Worldwide encourage l'impression et la reproduction à un usage exclusivement personnel et non commercial, à condition que la source soit clairement indiquée.

Conception et impression : Pixelpress

Republic of Ireland

52-55 Lower Camden Street
Dublin 2
00 353 1 417 77 00
info@concern.net

Northern Ireland

47 Frederick Street
Belfast
BT1 2LW
00 44 28 9033 1100
belfastinfo@concern.net

England and Wales

13/14 Calico House
Clove Hitch Quay
London
SW11 3TN
00 44 207 801 1850
londoninfo@concern.net

Republic of Korea

(04034) 5 fl, 12, Yanghwa-ro
11-gil, Mapo-gu, Seoul,
Republic of Korea
00 82 324 3900
www.concern.kr

USA

355 Lexington Avenue
16th Floor
New York
NY 10017
00 1 212 5578 000
info.usa@concern.net

www.concern.net

KNOWLEDGE MATTERS

Numéro 26 | Décembre 2019

CONCERN
worldwide

ENDING
EXTREME POVERTY
WHATEVER
IT TAKES