

Rapport Technique # 47 A
Suivi des Prestataires Formés à
l'Utilisation des Protocoles des Services
de Santé Familiale dans les Départements
du Borgou/de l'Alibori, de l'Atlantique/
du Littoral, et du Mono/du Couffo en Benin

Novembre 2003

Rapport prepare par: Perle Combary, PhD
Bongwélé Onanga, Psychologie educative

Au nom de
Le Ministère de la Santé Publique du Bénin

PRIME II
Bénin

PRIME II



Cette publication a été produite dans le cadre du Projet PRIME II, grâce au soutien apporté par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans le cadre de la subvention No. HRN-A-00-99-00022-00. Les vues exprimées dans ce document sont celles des auteurs, et ne représentent pas forcément celles de IntraHealth International ni celles de l'USAID.



Ce document peut être reproduit en entier ou en partie, pour répondre à des besoins locaux, sans qu'il faille obtenir au préalable la permission d'IntraHealth International, du moment que le nom IntraHealth International est mentionné et que le matériel est distribué gratuitement. Toute reproduction commerciale ne peut se faire qu'avec la permission préalable d'IntraHealth International. L'autorisation de reproduire les illustrations qui citent une source autre qu'IntraHealth doit être obtenue directement auprès de la source originale.

IntraHealth International aimerait recevoir une copie de tout matériel utilisant du texte ou des illustrations provenant du présent document.

Association de la PRIME II: IntraHealth International ; Abt Associates, Inc.; EngenderHealth; Program for Appropriate Technology in Health (PATH); et Training Resources Group (TRG), Inc., avec les établissements de support de l'American College of Nurse-Midwives (ACNM) et Save the Children.

ISBN # 1-88961-94-X Combary, P., Bongwele, O., et P. Combary. Suivi des © 2003
Prestataires Formés à l'Utilisation des Protocoles des IntraHealth
Services de Santé Familiale dans les Départements du International,
Borgou/de l'Alibori, de l'Atlantique/du Littoral, et du Inc./The PRIME
Mono/du Couffo en Benin. Chapel Hill, NC: Intrah/ Project
PRIME II Project, 2003. (Technical Report # 47 A)

The PRIME II Project

IntraHealth International

UNC CB # 8100, 1700 Airport Road, Suite 300

Chapel Hill, NC 27599-8100 USA

Phone: 919-966-5636 • Fax: 919-966-6816

e-mail: intrahealth@intrahealth.org <http://www.prime2.org>

East & Southern Africa

Norfolk Towers
Kijabe Street
P.O. Box 44958
Nairobi, Kenya
Phone: 254-2-211820
Fax: 254-2-226824

West and Central Africa

B.P. 5328
Dakar-Fann, Senegal
Phone: 221-864-0548
Fax: 221-864-0816

Latin America and Caribbean

Federico Henríquez y
Carvajal #11
Segundo Piso - Gazcue
Santo Domingo,
Dominican Republic
Phone: 809-221-2921
Fax: 809-221-2914

Asia

Queen Sirikit Convention
Centre
Zone D, 201/4-5
60 New Ratachadapisek Rd
Klongtoey, Bangkok, Thailand
Phone: 66-2-229-3121
Fax: 66-2-229-3120

Pour obtenir davantage d'informations concernant le présent rapport, ou pour commander des copies supplémentaires, prière de contacter le Bureau Régional d'IntraHealth/PRIME II dont l'adresse se trouve ci-dessus.

Table de Matières

Les Auteurs et Remerciements	ix
Liste des Abréviations.....	xi
Résumé.....	xiii
Introduction.....	1
Méthodologie	3
Résultats	17
Constats et Recommandations	61
Conclusion	67
Annexes.....	69

Liste des tableaux, graphiques et annexes

Les Tableaux	Tableau 1	Réalisations de l'enquête selon le département 5
	Tableau 2	Situation des agents non touchés par le suivi selon le département 5
	Tableau 3	Caractéristiques de la mise en œuvre de la stratégie de dissémination selon le département 9
	Tableau 4	Répartition des prestataires par formation sanitaire et par département 17
	Tableau 5	Répartition des tuteurs par formation sanitaire et par département 17
	Tableau 6	Caractéristiques moyennes des prestataires par département 18
	Tableau 7	Caractéristiques moyennes des tuteurs par département 18
	Tableau 8	Nombre moyen de jours où les activités de SMI sont menées avant et après la formation 31
	Tableau 9	Nombre moyen de cartes maternelles avec BDC chronométrés, avant et après la formation, selon le département 32
	Tableau 10	Proportion des prestataires qui disposent du document des protocoles des services de SF 32
	Tableau 11	Proportion des agents qui ont cherché au moins une fois des informations dans les protocoles de services après la formation 33
	Tableau 12	Fréquence à laquelle les agents formés consultent les protocoles pour l'offre des soins 33
	Tableau 13	Fréquence de consultation des protocoles selon les fonctions post-formation 33
	Tableau 14	Cas pour lesquels les protocoles ont été consultés 34
	Tableau 15	Utilisation des protocoles par les agents pour l'offre des soins 34

	Tableau 16	Appréciation des prestataires sur la facilité de la recherche de l'information dans les protocoles.....	37
	Tableau 17	Avis des prestataires enquêtés lors du suivi sur la taille de l'écriture et la lisibilité des protocoles de services.....	39
	Tableau 18	Disponibilité du matériel technique selon le type de matériel et le département	40
	Tableau 19	Disponibilité du matériel de prévention des infections selon le type de formation sanitaire et le département	40
	Tableau 20	Disponibilité du matériel/équipement/ pour la référence/contre référence par type de formation sanitaire et selon le département	41
	Tableau 21	Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires par type de formation sanitaire et selon le département ..	42
Graphiques	Graphique 1	Scores moyens des prestataires au test de connaissances par département (NAC=85%)	19
	Graphique 2	Pourcentage des prestataires ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par département	20
	Graphique 3	Score moyen des prestataires au test de connaissances par domaine content et département	21
	Graphique 4	Pourcentage des prestataires ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par domaine selon le département	22
	Graphique 5	Comparaison des scores de connaissance des prestataires au prétest, post-test et suivi dans le Borgou/Alibori.....	23
	Graphique 6	Comparaison des scores de connaissance des prestataires au prétest, post-test et six mois après la formation (suivi) dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo	24

	Graphique 7	Scores moyens des tuteurs au test de connaissances par département (NAC=85%) 25
	Graphique 8	Pourcentage des tuteurs ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par département 25
	Graphique 9	Score moyen des tuteurs au test de connaissances par domaine selon le département 26
	Graphique 10	Pourcentage des tuteurs ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par domaine selon le département 27
	Graphique 11	Score moyen de compétence des agents (prestataires et tuteurs) pour l'utilisation des protocoles de services selon le département 28
	Graphique 12a	Pourcentage des prestataires qui ont adopté de nouvelles pratiques selon le département 29
	Graphique 12b	Pourcentage des tuteurs qui ont adopté de nouvelles pratiques selon le département 30
	Graphique 13	Domaines que les agents ont fait face à non inclus dans les protocoles 35
Annexes	Annexe 1	Thèmes retenus pour la formation classique 69
	Annexe 2	Cadre conceptuel de l'approche de dissémination 71
	Annexe 3	Rapports de suivi des protocoles 73

Les Auteurs

La conduite du suivi et la préparation de ce rapport ont été effectués avec l'appui financier de PRIME II et l'appui technique de:

Perle Combarry, Chargée Régionale de Programme/Evaluation à Intrah/PRIME II-Dakar

Bongwele Onanga, Conseiller Résident de Intrah/PRIME II-Bénin

Remerciements

L'équipe de suivi adresse tous ses remerciements à la Direction de la Santé Familiale, les Directions Départementales de la Santé Publique du Borgou/de l'Alibori, de l'Atlantique/du Littoral, et du Mono/du Coffou, aux médecins chefs de zones de ces départements et au PROSAF pour leur appui continu tant administratif que logistique tout au long de la mise en œuvre de ce suivi.

Des remerciements chaleureux sont particulièrement adressés aux personnes suivantes qui ont activement participé à la conduite du suivi et à la préparation de ce rapport:

- Mme Salwa Kazadi, Spécialiste pour la formation au PROSAF.
- Dr. Alban QUENUM, Pédiatre au CHD de Porto Novo
- Mme Béatrice ADJOBBO, Sage Femme d'Etat, Chef de division SMI/PF/Nutrition, DDSF du Borgou et de l'Alibori
- Dr. Désiré HOUETO, Gynécologue Obstétricien au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du ZOU
- Dr. Hyacinthe AMEDOME, Médecin Coordonnateur de la Zone Sanitaire d'Allada-Toffo-Zé.
- Mme Marguerite ZOLIKPO, Sage Femme d'Etat, Chef de Division Planification Familiale à la DSF
- Mme Marie-Thérèse FAKAMBI, Sage Femme d'Etat, Chef de division SMI/PF/Nutrition, DDSF Atlantique/Littoral
- Mme Marthe AKOGBETO, Sage Femme d'Etat, Coordinatrice du Programme Nationale de Formation par Tutorat des agents de santé (CPNFT) DRH/BMSP
- Dr. Saka BELLO, Responsable de la Cellule Départementale de Lutte contre les IST/VIH/SIDA, DDSF Borgou/Alibori
- Dr. Taïbatoulaye ADJADI, Médecin de Santé Publique Coordinatrice des Formations de Courte Durée en SR au CREDESA Pahou
- Dr. Vincent de Paul AKOUTEY, Médecin de Santé Publique, Chef Service Santé Communautaire à la Croix Rouge du Bénin
- Christophe TOSSOU, Statisticien/Analyste-programmeur

- Josette SOSSOUKPE, Opératrice de saisie, Secrétaire de direction

Les auteurs voudraient également remercier Mme Barbara Wollan, l'Adjoint Administratif pour la Monitoring and Evaluation Unit, IntraHealth International/PRIME II de Chapel Hill, pour l'entrée de la final édite et formatage de ce document.

Liste des abréviations

AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AQ	Assurance de Qualité
AVS	Agents Villageois de Santé
BMSP	Ministère de la Santé Publique du Bénin
CCS	Complexe Communal de Santé
COGEC	Comité de Gestion de la Commune
CPNFT	Coordination du Programme National de Formation par Tutorat
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Centre de Santé de Commune
CSCU	Centre de Santé de Circonscription Urbaine
CSSP	Centre de Santé de Sous-préfecture
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de la Santé Familiale
EEZ	Equipe d'Encadrement de Zone
EIE	Equipe Interdépartementale d'Encadrement
HZ	Hôpital de Zone
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IS	Infirmier de Santé
MC	Médecin Chef
MCZ	Médecin Coordonnateur de Zones Sanitaires
NAC	Niveau Acceptable de Connaissance
PF	Planification Familiale
PROSAF	Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale
SF	Santé Familiale
SFE	Sage-Femme d'Etat
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SR	Santé de la Reproduction
ZS	Zone Sanitaire

Résumé

A la demande et avec l'assistance financière de l'USAID, PRIME II/Intrah appuie le Ministère de la Santé Publique du Bénin (BMSP) depuis 1996 pour le développement et la mise en œuvre des guides de services de santé familiale (SF). Afin de garantir une application efficace des protocoles de services par les prestataires, le BMSP a décidé de les tester d'abord dans quelques zones sanitaires des départements du Borgou/Alibori (département du nord), Atlantique/Littoral et Mono/Couffo (départements du sud). Le test des protocoles a été réalisé à travers une stratégie qui inclut trois approches de formation (classique, tutorat et auto apprentissage).

Un suivi des agents formés à l'utilisation des protocoles de services de SF a été réalisé en avril 2002, après la phase de test. Ce suivi avait pour principal but d'évaluer l'adéquation des protocoles de services de SF et l'efficacité de l'approche utilisée pour leur dissémination.

Les résultats de ce suivi montre que globalement, les protocoles de services de SF sont relativement faciles à utiliser, qu'ils sont applicables, accessibles et disponibles. L'adéquation et l'efficacité de l'approche de la dissémination des protocoles ont été reconnues par la plupart des acteurs aux différents niveaux. Il faut noter qu'un certains nombre de facteurs ont influencé positivement la mise en œuvre de la stratégie de dissémination. Il s'agit notamment de:

- L'implication active du BMSP (Direction de la Santé Familiale (DSF)), Direction des Ressources Humaines/Coordination du Programme National de Formation par Tutorat (DRH/CPNFT))
- L'appui des services départementaux de SF (mobilisation des tuteurs)
- L'encadrement de proximité
- Le suivi rigoureux de l'équipe d'encadrement
- La collaboration entre les partenaires
- La planification à la base
- L'implication des Médecin Coordonnateur de Zones Sanitaires (MCZ) et des Médecin Chef (MC)
- La sensibilisation des Comité de Gestion de la Commune (COGEC)

Certains aspects restent cependant encore à améliorer en ce qui concerne la forme et le fond du document des protocoles. De plus, des dispositions devront être prises pour palier aux difficultés suivantes qui ne facilitent pas l'application des protocoles:

- Manque ou insuffisance de petits matériels. Par exemple, les prestataires ont relevé le manque d'eau de Javel, l'inexistence d'éosine pour le pansement ombilical, l'accès difficile au stéthoscope ombilical ou le manque de gants de révision utérine.
- Un cadre inapproprié de travail dans certaines formations sanitaires. Par exemple, un prestataire a noté:

«Les femmes ne peuvent plus faire leur confiance. Elles sont reçues en consultation presque au même endroit que les autres qui attendent leur tour.»

- La résistance aux changements de la part de certains spécialistes par manque d'informations. Ainsi, certains gynécologues et pédiatres font obstruction à la mise en œuvre des protocoles car ils croient encore à ce qu'ils font.
- Les conflits de compétences. Par exemple, certains prestataires refusent d'accompagner le processus d'application des protocoles seulement parce qu'ils ne sont pas formés comme leurs collègues. Ils refusent systématiquement les innovations.
- Les lacunes dans les compétences de base pour certains prestataires. Les prestataires montrent de grandes lacunes dans la prévention de l'infection, alors que cette compétence est transversale et s'applique dans plusieurs protocoles. Il en est de même pour la prise d'un abord veineux.

En ce qui concerne les changements post formation au niveau des prestataires et des services, les résultats du suivi sont globalement très encourageants et militent pour une extension de cette approche de dissémination à d'autres départements. En effet, un des objectifs du suivi était d'évaluer également les changements post formation au niveau des connaissances et des compétences des prestataires et des tuteurs/formateurs. Les résultats montrent une nette amélioration des niveaux de connaissances en rapport avec le contenu des protocoles et le développement de compétences à l'utilisation des protocoles, particulièrement dans les départements du sud. Le suivi a également montré quelques changements/innovations dans les services suite à l'application des protocoles de services de SF, notamment en ce qui concerne le nombre moyen de jours pendant lesquels les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) sont offerts, la prévention des infections et l'utilisation des cartes maternelles pendant le suivi de la grossesse.

Des recommandations suivantes ont été faites pour améliorer les documents de protocoles et l'approche de dissémination:

En direction du BMSP

- Restituer les résultats du suivi à tous les acteurs afin qu'ils prennent les dispositions requises pour corriger les insuffisances relevées;
- Revoir les documents de protocoles afin d'en améliorer la forme et le fond. Spécifiquement:
 - Revoir le sommaire de façon à ce que les pages correspondent aux pages du document
 - Utiliser un papier mat pour l'impression des protocoles afin de faciliter la lecture sous lumière artificielle
 - Utiliser une reliure qui facilite l'utilisation des protocoles à plusieurs postes au même moment. Par exemple, présenter les protocoles sous forme de feuillets ou livrets mobiles

- Faire des couvertures de couleurs différentes, reprendre les couvertures avec anneaux et plastifier la couverture
- Considérer la possibilité de:
 - faire une reliure par volet et utiliser les couleurs
 - présenter certaines parties des protocoles sous forme de posters ou aide-mémoire
- Intégrer les commentaires apportés par les tuteurs et les prestataires en ce qui concerne le fond (Voir corps du rapport)
- Utiliser les approches expérimentées dans les départements du sud pour une meilleure diffusion et application des protocoles par le personnel au niveau opérationnel;
- Capitaliser l'expérience du groupe de formateurs/tuteurs nationaux ayant accompagné le processus dans les départements enquêtés;
- Mettre en place un système/mécanisme de motivation des agents afin de dynamiser l'expérience;
- Mettre à la disposition des formations sanitaires de petits matériels/équipements pour soutenir l'expérience.

A l'endroit des Directions Départementales de la Santé Publique/Zones Sanitaires

- Intégrer le suivi de l'application des protocoles aux plans d'action des Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP) et des Zones
- Faire un plaidoyer en direction des partenaires au développement pour un appui technique, matériel et financier du processus.
- Sensibiliser les gestionnaires des centres sur la nécessité d'acquérir le matériel et équipement nécessaires à une application optimale des protocoles. Il s'agit notamment des cathéters intraveineux, le matériel de protection pour la prévention des infections, les médicaments.
- Le personnel des centres de santé devrait inciter les COGEC à mettre en place un système de micro assurance santé pour la référence

A l'endroit de la DSF et des Directions Départementales de la Santé Publique

- Améliorer le système de communication entre les centres pour la référence
- Compte tenu de la réticence des populations par rapport aux évacuations dues à la non utilisation des ocytociques, donner l'autorisation aux sages femmes d'utiliser des ocytociques dans certains centres
- Former toutes les sages femmes pour l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)
- Former les Agent Villageois de Santé (AVS) en prévention de l'infection

- Former les AVS en tracé du partogramme
- Orienter les médecins et les coordonnateurs de zone et la DDSP sur les protocoles et les approches de dissémination
- Intégrer le suivi de l'application des protocoles au plan d'action des zones
- Faire la formation pratique des trois tuteurs
- Restituer les résultats du suivi à tous les acteurs afin qu'ils prennent les dispositions requises pour corriger les insuffisances relevées (suivi, clarification des rôles/tâches des tuteurs, ...)

Introduction

A la demande et avec l'assistance financière de l'USAID, PRIME II/Intrah appuie le BMSP depuis 1996 pour le développement et la mise en œuvre des guides de services de SF. Utilisant les leçons apprises du recensement des besoins de formation en santé de la reproduction (SR) mené en 1996 avec l'assistance de PRIME, le BMSP a préparé, puis disséminé le document de «Politique, Normes et Standards des Services de Santé Familiale». Entre Mai 1999 et Février 2001, PRIME a apporté un appui technique pour le développement des «Protocoles des Services de Santé Familiale» qui fut entériné par le BMSP en Août 2001.

Afin de garantir une application efficace des protocoles par les prestataires de services, le BMSP a décidé de les tester dans quelques zones sanitaires du pays, y compris à Sinende-Bembèrèkè dans le département de Borgou; Banokoara et Malanville-Karimama dans le département d'Alibori; Allada, Toffo et Zè dans le département d'Atlantique; Cotonou dans le département de Littoral; Lokossa et Athiemé dans le département de Mono; et Aplahoué, Djakotomey et Dogbo dans le département de Couffo. Le test des protocoles a été réalisé à travers une stratégie qui inclut trois approches de formation (classique, tutorat et auto apprentissage). Dans le départements de Borgou/Alibori où le test a été réalisé entre Mars 2001 et Avril 2002, le PROSAF (Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale) a apporté un appui financier et logistique remarquable et a collaboré avec PRIME sur le plan technique. Dans le départements de Mono/Couffo et d'Atlantique/Littoral, le test a été réalisé entre Février et Juillet 2002 grâce à l'assistance financière et technique de PRIME.

Après ces phases de test, un suivi des agents formés a été réalisé en avril 2002 dans le Borgou et l'Alibori et en juillet 2002 dans l'Atlantique-Littoral et le Mono-Couffo. Le présent rapport de suivi documente les résultats et les leçons apprises du test sur le terrain des protocoles de services de SF.

But et objectifs du suivi

Le but du suivi était d'évaluer l'adéquation des protocoles de services de SF et l'efficacité de l'approche utilisée pour leur dissémination.

Les objectifs spécifiques du suivi étaient de:

1. Evaluer la facilité d'utilisation, l'applicabilité, l'accessibilité et la disponibilité des protocoles de services de SF;
2. Evaluer les changements post formation au niveau des connaissances et des compétences des prestataires de services de santé et des tuteurs/formateurs;
3. Déterminer si la mise en œuvre des plans d'action a abouti à des changements/innovations dans les services suite à l'application des protocoles de services de SF;
4. Evaluer l'adéquation et l'efficacité des approches utilisées pour la dissémination des protocoles de services de SF;

5. Faire des recommandations concernant la révision éventuelle des protocoles et le renforcement/amélioration de l'approche de dissémination.

Méthodologie

Le cadre méthodologique

Il s'agit d'une enquête formative qui vise à évaluer le processus de dissémination et l'utilisation des protocoles des services de SF et leur utilisation. Les résultats permettront au BMSP d'apporter des corrections éventuelles au document des protocoles et au processus de dissémination.

De façon générale, l'évaluation a concerné les prestataires des services dans les dispensaires et ou maternités des Complexe Communal de Santé/Centre de Santé d'Arrondissement (CCS/CSA), Centre de Santé de Sous-préfecture/Centre de Santé de Circonscription Urbaine/Centre de Santé de Commune (CSSP/CSCU/ CSC) et hôpitaux, et les tuteurs formés à l'utilisation des protocoles de services de SF. De plus, les médecins coordonnateurs des zones sanitaires où les prestataires ont été formés, ont été également touchés par l'enquête.

Les instruments

Au total, onze outils composés de questionnaires, de grille d'observation et de fiches de dépouillement ont été confectionnés pour évaluer l'utilisation et l'applicabilité des protocoles, les conditions de travail, l'auto apprentissage, le tutorat et les caractéristiques de l'agent. Le nombre de questionnaires administrés varie selon qu'il s'agit d'un tuteur ou d'un prestataire. Un questionnaire d'évaluation de l'approche de dissémination des protocoles a été administré aux médecins coordonnateurs de zone sanitaire (ZS). Ces instruments de collecte de données peuvent être repartis en quatre groupes:

Guides d'entretien

- Un instrument pour collecter des informations sur l'utilisation des protocoles et vérifier la disponibilité, la structuration du document et l'applicabilité du contenu.
- Un instrument pour identifier les dysfonctionnements dans l'application des protocoles de services de SF et recenser les protocoles qui nécessitent des affiches et des tirés à part.
- Deux instruments pour évaluer l'approche de dissémination des protocoles de SF à l'intention d'une part des prestataires, et d'autre part des prestataires/tuteurs, servent à enregistrer les visites effectuées par les tuteurs, recueillir des informations sur la perception de l'appui du tuteur, l'utilité du tutorat, la disponibilité et l'utilité du guide d'auto apprentissage.
- Un instrument pour évaluer l'approche de dissémination des protocoles de SF à l'intention des tuteurs. Il évalue le volume de travail, la connaissance des tâches du tuteur, les rétro-informations reçues au cours du tutorat, l'acceptation et l'utilité de l'approche tutorat.
- Un instrument d'évaluation de l'approche de dissémination des protocoles de SF à l'intention des médecins coordonnateurs de zones et des médecins formateurs;

Il sert à documenter l'appréciation des médecins coordonnateurs et des formateurs sur les changements attribuables au tutorat.

Test de connaissances et de compétences

- Un instrument comportant 19 questions de connaissance regroupées en trois rubriques (IST/ SIDA, maternité à moindres risques et santé de l'enfant) et quatre études de cas pour mesurer l'abandon des pratiques inadéquates a été administré aux prestataires, aux prestataires/tuteurs et aux tuteurs. Cet instrument portait également une section relative aux caractéristiques des agents enquêtés.
- Un instrument évaluant les compétences de l'agent à utiliser les protocoles de services de SF pour prendre des décisions. Il permet d'observer la conduite tenue par les prestataires et les tuteurs face à deux études de cas (hypertension sur grossesse et ictère pathologique du nouveau né).

Grille d'observation

- Un instrument documente les conditions de travail (infrastructures et équipements, matériels et médicaments).

Fiche de revue

- Une fiche de revue du guide d'auto apprentissage apprécie les réponses aux questions d'auto évaluation, la documentation des cas reçus par l'agent au cours des consultations de SF, la résolution des études de cas, les différents protocoles lus et les difficultés rencontrées dans l'application des protocoles ainsi que la synthèse des difficultés rencontrées au cours de l'auto apprentissage;
- Une fiche de revue des plans d'action mesure le degré de réalisation des actions identifiées par les prestataires à l'issue de la formation classique;

Un pré test des outils a été fait:

- Au CSCU de Parakou et au CCS de Madina (circonscription urbaine de Parakou) où se trouvent actuellement deux agents qui avaient été formés lorsqu'ils étaient en poste dans la ZS de Malanville/Karimama;
- Au CCS de Tchatchou et à l'hôpital Saint Martin de Papané, où se trouvent des agents de santé qui avaient été orientés aux protocoles.

Ceci a permis de finaliser les instruments destinés au suivi.

Les cibles de l'enquête

Compte tenu de leur petit nombre, les prestataires formés n'ont pas été échantillonnés. L'évaluation a donc concerné tous les prestataires et les tuteurs impliqués dans le processus de dissémination, les formateurs et Médecins coordonnateurs.

Le Tableau # 1 ci-dessous fait le point de tous les agents impliqués dans le processus de dissémination par département et des agents effectivement touchés par l'enquête.

Tableau 1: Réalisations de l'enquête selon le département

Zone sanitaire	Tuteurs		Prestataires		Coordonnateur/ formateurs	
	Prévus	Vus	Prévus	Vus	Prévus	Vus
Atlantique	4	3	6	6	5	3
Littoral (Cotonou)	5	5	12	12	7	5
Mono-Couffo	5	5	5	5	8	7
Borgou/Alibori	13	12	39	27	4	4
Total	27	25	62	50	24	19

Tableau 2: Situation des agents non touchés par le suivi selon le département

	Prestataires	Tuteurs	Coordonnateur/ formateurs	Total
Atlantique/ Littoral	0	1	2	2
Mono/Couffo	0	0	3	3
Borgou/ Alibori	12	1	0	13
Total	12	2	5	19
Observations	3 absents 5 en congés 3 affectés 1 malade	1 affecté 1 malade	(en voyage ou absent)	

Les Tableaux 1 et 2 montrent que la majorité d'acteurs impliqués dans le processus du test a été touchée par l'enquête. Les cas non touchés sont dus aux raisons professionnelles et de santé.

La collecte des données

◆ *Equipe de collecte et traitement*

Une équipe de suivi composée de huit personnes pour l'enquête dans le Borgou/Alibori et augmentée à onze personnes au total pour les autres départements (médecins généralistes, médecins de santé publique, gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages femme d'état et statisticien), a été constituée pour le développement des outils, la collecte, le traitement et l'interprétation des données. La participation des membres de l'équipe de suivi au développement des outils et à leur pré test a permis d'obtenir une compréhension commune des informations à collecter et la méthode à utiliser pour la collecte.

◆ *Le travail de terrain*

La collecte des données s'est déroulée du 14 au 30 avril 2002 pour le Borgou/Alibori et du 15 au 27 juillet 2002 dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo. Des équipes ont été constituées et ont évolué simultanément dans la même zone et ont visité chaque ZS l'une après l'autre. Cela permettait aux deux équipes de se retrouver chaque soir afin de faire le point des réalisations de la journée et de revoir la planification de la journée suivante. Dans chacune des zones, les enquêteurs ont évalué en moyenne un agent formé par jour du fait du nombre d'instruments à

administrer à chaque cible. Les intéressés ont été préalablement informés par un message indiquant le calendrier de passage des équipes de collecte sur le terrain.

Les agents de collecte de données, arrivés dans les zones à enquêter, ont d'abord rencontré le médecin coordonnateur ou son intérimaire avant tout contact avec les prestataires et tuteurs. Au terme de la première journée de collecte des données, une séance de travail entre enquêteurs a permis d'harmoniser le remplissage des outils et de corriger certaines difficultés, notamment avec l'instrument évaluant l'utilisation des protocoles de SF pour prendre des décisions.

En complément des données collectées lors du suivi, une collecte de données supplémentaires a été effectuée entre 22 et 30 octobre 2002 par les tuteurs dans leur propre centre et auprès des prestataires de services qu'ils encadrent. Ceci, combiné à l'analyse des rapports d'encadrement préparés par les tuteurs au cours du tutorat, a permis d'identifier les dysfonctionnements spécifiques dans l'application des protocoles de services de SF et de recenser les protocoles qui nécessitaient des affiches et des tirés à part.

◆ *Questions d'éthique*

Toutes les personnes interviewées ont eu la possibilité de donner leur accord préalable à l'administration des questionnaires. De plus, les informations ont été collectées dans la confidentialité et l'anonymat.

La saisie et l'analyse des données

L'équipe de traitement des données était composée d'une opératrice de saisie, de deux agents de codification/chiffrement et d'un analyste-programmeur. Après avoir été classées et comptées par type d'instruments, les fiches de collecte ont été corrigées (identifications individuelles non conformes, redondances d'informations, etc...), puis les outils à questions fermées sont passés au chiffrement. Les outils à questions ouvertes ont aussi été chiffrés après la codification par type d'outil.

La saisie des données a été faite en utilisant le logiciel de gestion de base de données Access 2000. Après l'apurement de la base de données (contrôle systématique de toute la saisie), les requêtes ont été converties en Excel 2000 pour le traitement. Le traitement des données a consisté en des croisements de chaque variable et chaque indicateur par ZS/département et catégorie de personnel ciblée (tuteur/prestataire, prestataire, formateurs) d'une part, et le calcul des fréquences d'apparition d'une modalité pour les outils à questions ouvertes en prenant soin aux dénominateurs à utiliser. La tabulation a été faite en Excel 2000, conformément à ce qui était prévu par le plan d'analyse. Enfin, des tests de signification (Khi carré) ont été effectués pour vérifier l'existence d'une différence significative dans les scores de connaissance et de compétences entre les groupes, entre le pré-test et le post-test et le suivi. L'interprétation des données a été faite par l'équipe de collecte de données au cours de deux ateliers. Un premier atelier pour l'interprétation des données collectées dans le Borgou/Alibori et un deuxième atelier pour la synthèse des résultats de tous les départements.

Contraintes et limites

◆ *Difficultés d'ordre administratif*

Dans le Borgou/Alibori, les coordonnateurs et tuteurs ont été invités par la DDSP à une formation sur l'assurance de qualité (AQ) à Parakou au cours de la période de collecte des données. Ces cibles étaient donc absentes de leurs postes, ce qui a perturbé le calendrier préétabli de l'enquête et a obligé les enquêteurs à faire un deuxième passage non prévu au départ. Dans le Littoral, l'organisation du travail (tour de garde) a été un frein à la disponibilité des cibles et a contraint les enquêteurs à revenir plusieurs fois dans la même formation sanitaire.

◆ *Difficultés d'ordre technique*

Pour la collecte des données statistiques, certaines rubriques de l'instrument d'évaluation des conditions de travail n'ont pu être correctement remplies faute d'un bon archivage des supports de données dans les sites visités (CSSP/CSC Sinendé, CCS/CSA Sèkèrè et CSSP/CSC Abomey Calavi).

Description de la stratégie de dissémination

Justification de la stratégie de dissémination

Le Bénin a acquis une expérience dans l'application des approches novatrices de formation continue avec d'une part l'auto-apprentissage combiné à la formation classique avec PSI, PRIME et le BMSP (1998), et d'autre part le tutorat avec le Programme National de Formation par Tutorat (1999).

Les expériences passées de dissémination ayant présenté des insuffisances, le BMSP a opté pour d'autres approches afin de mieux garantir le changement de comportement des prestataires pour une utilisation continue des protocoles de services de SF. Une combinaison de trois approches--classique, auto apprentissage, et tutorat--a été expérimentée dans les départements du Borgou/Alibori, de l'Atlantique/Littoral et du Mono/Couffo.

La combinaison de ces trois approches devaient faciliter la bonne compréhension du contenu des protocoles, une meilleure diffusion et une application effective des protocoles de services de SF par le personnel utilisateur au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire.

Définition des approches

◆ *Approche classique*

Formation en salle de cours, en présence d'un formateur, et qui utilise de méthodes interactives permettant la participation active des apprenants.

◆ *Formation par tutorat*

Formation sur le lieu de travail, par un prestataire de même niveau qui s'intègre à l'équipe de santé, et qui apporte un appui à chaque membre de l'équipe de santé par rapport à ses tâches quotidiennes vis à vis des protocoles. Il s'agit donc ici d'une formation par un pair.

◆ *Formation par auto apprentissage*

Au cours de l'auto apprentissage l'apprenant est responsable du processus de formation. Il évalue lui-même son niveau de connaissances au début de la formation, effectue seul le maximum de tâches d'apprentissage en se servant d'un paquet de matériels logiquement agencés en fonction des objectifs et détermine l'effet de son apprentissage sur l'amélioration de ces connaissances ou compétences.

Cadre conceptuel

Les acteurs

◆ *"Les maîtres formateurs"*

Ils sont constitués de personnes ressources multidisciplinaires, ayant une expérience en matière de formation et encadrées par le personnel technique de PRIME et de PROSAF. Leur rôle consiste à identifier les besoins de formation à l'utilisation des protocoles, définir la stratégie de formation, préparer les matériels de formation, former les formateurs et les tuteurs au niveau décentralisé (département, ZS).

◆ *"Les formateurs"*

Ils sont formés au niveau décentralisé par les maîtres formateurs et sont des médecins, sages femmes, en majorité prestataires des services de SF, et travaillant avec des prestataires de services. Ils sont des superviseurs directs de ces derniers. Leur tâche principale consiste à conduire et à évaluer les formations classiques des prestataires de services en se servant des matériels appropriés. Ils fournissent aux prestataires les explications sur les liens entre la formation classique et les autres approches (tutorat, auto apprentissage).

◆ *"Les tuteurs"*

Ce sont des pairs éducateurs/formateurs. Ils prolongent sur le lieu de travail du prestataire, la formation entamée dans la salle de classe. Ils travaillent avec l'équipe de santé pour identifier les problèmes d'organisation, de qualité de service, et préparer les plans d'actions correctrices. Ils encadrent les prestataires, donnent à ces derniers un feedback sur l'utilisation des protocoles, vérifient l'utilisation du guide d'auto apprentissage et aident à la résolution des cas difficiles. Ils discutent avec les superviseurs (médecins chefs, médecins coordonnateurs de zone) et les membres de COGEC pour contribuer à la résolution de problèmes éventuels du centre de santé. Les tuteurs sont des agents de changement.

◆ *L'équipe interdépartementale d'encadrement (EIE)"*

Elle est constituée des membres provenant du noyau de " maîtres formateurs/ tuteurs," du BMSP (DSF, DDSP) et chargée d'introduire le tutorat dans la ZS, d'introduire le tuteur auprès de l'équipe de santé, d'organiser des réunions des tuteurs pour partager les expériences acquises au cours du tutorat, d'apporter un appui technique aux tuteurs afin de s'assurer que ces derniers sont aptes à assurer le tutorat. L'EIE effectue plusieurs visites dans les lieux de travail.

Le processus

Au cours de la *formation classique*, les prestataires de services s'approprient les protocoles de services de SF. Ils discutent des problèmes réels qu'ils rencontrent dans les lieux de travail en rapport avec la SF, en se servant des protocoles de services de SF. En outre, ils identifient des pratiques qu'ils doivent innover en application des protocoles, une fois de retour dans leurs centres de santé respectifs. La formation classique dure six jours.

Au cours du *tutorat*, l'équipe de santé et l'agent de santé formé travaillent avec le tuteur pendant plusieurs visites jusqu'à ce que la performance de l'équipe de santé soit acceptable. Le tuteur convient avec le personnel de santé de la date ou de la période des visites. A la longue, il est prévu que le travail des tuteurs s'intègre dans le cadre global de la supervision des activités de la ZS.

La mise en œuvre de la stratégie

La stratégie de dissémination a été mise en œuvre d'abord dans le Borgou/Alibori (2001) et quelques mois plus tard dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo (2002). Ce décalage a permis aux initiateurs de cette intervention de tirer les leçons apprises dans le Borgou/Alibori et d'ajuster la stratégie aux réalités des autres départements notamment en ce qui concerne la disponibilité des ressources et l'application efficace de l'approche de dissémination. Les principaux changements apportés dans les départements du sud par rapport au nord concernent:

- la réduction du ratio tuteur/prestataire afin de réduire le nombre de visites à effectuer par chaque tuteur et de renforcer l'encadrement de proximité;
- l'implication effective des MCZ et des MC dans le suivi des prestataires en les orientant sur l'approche et à l'utilisation des protocoles de services de SF;
- la mise en place de paires de tuteurs composées de sages femmes uniquement;
- un rôle plus important dévolu à l'équipe d'encadrement tout au long du processus surtout en ce qui concerne le suivi systématique des tuteurs.

Ces différences sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 3: Caractéristiques de la mise en œuvre de la stratégie de dissémination selon le département

Facteurs	Borgou/Alibori	Atlantique, Littoral, Mono, Couffo
Profil des tuteurs	SFE, IDE, IS	SFE
Profil des prestataires	SFE, IDE, IS	SFE
Ratio tuteur/prestataire	1/4	1/2
Encadrement de proximité	Faible	Renforcé
Implication des MCZ et MC	1 formé sur trois	Tous formés en fonction de la provenance des agents avec plan d'action
Rôle de l' EIE	Actif au démarrage du tutorat	Actif continu (réunion régulière avec les tuteurs)

La préparation

Au cours de cette phase trois activités ont été menées à savoir:

- l'analyse des besoins
- la préparation des matériels de formation
- la sélection des tuteurs

➤ **L'analyse des besoins de formation**

En avril 2001, le PROSAF et la DDSP du Borgou/Alibori en collaboration avec Prime II ont identifié les besoins de formation pendant un atelier au cours duquel des prestataires et des coordonnateurs des zones ciblées pour le test, ont participé. Ces besoins de formation ont été validés et harmonisés à l'occasion d'une séance de restitution à laquelle ont participé les représentants du niveau central et de tous les départements concernés.

➤ **La préparation des matériels**

En mai 2001, sous la supervision de la DSF, PROSAF et la DDSP du Borgou et de l'Alibori en collaboration avec Prime II, ont organisé un atelier de préparation d'un curriculum de formation des prestataires à l'utilisation de protocoles des services de SF. Les matériels préparés étaient en rapport avec les besoins identifiés et les approches choisies pour la formation. Ils ont été finalisés en juin 2001. Ces différentes séances ont abouti à l'élaboration des matériels suivants:

- un module de formation (classique) en SF mettant surtout l'accent sur les activités en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant
- un manuel du tuteur
- un guide d'auto apprentissage

➤ **La sélection des tuteurs et des formateurs**

◆ *Dans le département du Borgou/Alibori*

En juin 2001, une équipe composée de la spécialiste en formation de PROSAF, la Sage-femme responsable de la division SMI/NUT de la DDSP du Borgou et de l'Alibori, et la Coordinatrice du Programme National de Formation par Tutorat, a visité les zones sanitaires de Banikoara, Bembèrèkè/Sinendé et Malanville/Karimama.

Pour réaliser cette sélection, l'équipe a effectué des visites dans les formations sanitaires des candidats tuteurs proposés par les coordonnateurs de zones pour observer leur centre et avoir un entretien individuel avec chacun d'eux. Les critères de sélection suivants avaient été retenus:

- être un agent de santé qualifié (Sage-femme d'Etat (SFE) et Infirmier Diplômé d'Etat (IDE));
- avoir une ancienneté dans la profession d'au moins huit (08) ans
- être disponible, capable d'effectuer des tournées;

- être en service dans un dispensaire, une maternité périphérique ou un hôpital de zone (HZ);
- être capable de s'adapter à de nouvelles situations;
- être motivé à se perfectionner techniquement
- disposer d'une capacité à communiquer
- être capable de former et d'encadrer
- être engagé à exercer la fonction de tuteur
- appartenir à l'équipe de formation de la ZS serait un atout.

L'équipe de sélection a finalement identifié neuf tuteurs dont un infirmier diplômé d'état, trois infirmiers de santé et cinq sages-femmes d'état. Il faut noter que la sélection des tuteurs n'a pas pu respecter les critères ci-dessus par manque de personnel qualifié. Plus tard, trois agents supplémentaires (infirmier(e)s de santé de maternité ou de dispensaire) de la ZS de Malanville/Karimama ont été choisis par leur coordonnateur de zone pour compléter le groupe des tuteurs.

◆ *Dans les départements de l'Atlantique/ Littoral, et du Mono/Couffo*

Dans ces départements, les tuteurs départementaux sélectionnés et formés par le programme national de formation par tutorat ont été ciblés pour la formation à l'utilisation des protocoles de services de SF. Bien que le suivi ne permette pas de le démontrer, il est possible que la différence de compétences des tuteurs du nord et du sud ait affecté l'utilisation des protocoles par les prestataires.

La formation des formateurs et des tuteurs

◆ *Dans le Borgou/Alibori*

La formation des tuteurs a eu lieu en juillet 2001. Dix agents de santé dont, six sages-femmes d'état, un infirmier diplômé d'état et trois infirmiers de santé ont participé à la formation. De plus, un IDE du département de l'Atlantique a participé à la formation. Cette formation s'est faite en trois phases: "classique –tutorat — auto apprentissage".

A l'étape de formation sur le contenu des protocoles de services de SF, trois médecins et deux sages-femmes d'état, formés par PROSAF comme formateurs, se sont joints au groupe des tuteurs pour participer à la formation sur le contenu des protocoles. Ces formateurs constituent avec la responsable de la division SMI/NUT de la DDSP, l'équipe départementale de suivi des tuteurs et des prestataires.

◆ *Dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo*

La formation des formateurs a été faite par "accompagnement". En effet, les personnes ressources (un médecin et deux sages femmes) toutes "superviseurs" ont renforcé leur compétence en tant que formateur en travaillant avec les formateurs qui ont assuré la formation des prestataires de services à l'utilisation des protocoles dans le Borgou/Alibori.

La formation des tuteurs a suivi les phases décrites ci dessous

➤ **Phase classique**

La formation classique a été faite en deux étapes:

- formation en techniques d'encadrement et au tutorat;
- formation sur le contenu des protocoles de services de santé; familiale

☞ **Formation en techniques d'encadrement et au tutorat**

L'identification des attentes des participants au démarrage de la formation a permis de constater que la majorité des participants s'attendaient à une maîtrise parfaite de l'approche de formation par tutorat. Notons qu'au questionnaire préalable, des faiblesses ont été constatées dans les domaines de compétences en communication et de techniques de formation. Les thèmes couverts au cours de la formation sont les suivants:

- Approche de formation classique « Apprendre pour maîtriser »
- Approche de formation par « tutorat »
- Activités et outils du tuteur
- Orientation à l'intégration des services
- Planification des actions correctrices
- Techniques de formation

☞ **Formation sur le contenu des protocoles des services de SF**

Une identification des attentes des participants faite au début de la formation a révélé que la quasi totalité des participants souhaiterait maîtriser le contenu des protocoles de services de SF. Les thèmes couverts au cours de la formation sont les suivants:

- Contexte et historique des protocoles des services de SF
- Contenu des protocoles des services de SF pris en compte dans le curriculum de formation classique des prestataires (voir annexe 1).
- Assurance qualité
- Utilisation des données
- Stratégies pour le changement de comportement
- Micro enseignement
- Préparation des plans d'action
- Orientation à l'auto apprentissage

A la fin de l'enseignement de chaque activité, les participants consignent les nouvelles pratiques qu'ils devront adopter dans leurs centres de santé en référence aux protocoles. Ces pratiques à améliorer ou à innover ont fait l'objet d'un plan d'actions individuel ou collectif qui servira pour le suivi des

activités. A la fin de la formation, les tuteurs ont reçu quatre types de documents:

- Les protocoles des services de SF
- Le guide du tuteur
- Le guide d'auto apprentissage
- Le calendrier de suivi

☞ **Orientation des MCZ et des MC**

Afin d'impliquer les MCZ et les MC dans le processus de mise en œuvre des protocoles, une orientation de trois jours a été organisée à leur intention par les formateurs départementaux appuyés par les maîtres formateurs.

L'orientation -a porté essentiellement sur le contenu des protocoles.

L'orientation des MCZ et des MC n'a eu lieu que dans les départements de Mono/Couffo et de l'Atlantique/Littoral.

➤ **Phase de tutorat et auto apprentissage**

Après la formation classique, les tuteurs sont retournés sur leurs sites respectifs de travail pour essayer de tutorer leurs centres de santé et pour effectuer les tâches d'auto apprentissage à l'aide du guide qu'ils ont reçu à la fin de la formation. Cette période a duré un mois après quoi les tuteurs formés ont reçu la visite des tuteurs nationaux chargés de les former au tutorat.

Cette visite a été précédée d'une réunion de préparation qui a regroupé les coordonnateurs de zone ou leurs représentants, le chef du service de SF, les médecins d'appui, les présidents des COCEC ou COGES, les tuteurs et formateurs formés et les tuteurs nationaux. Au cours de cette réunion, le rôle des tuteurs nationaux a été clarifié. Ils avaient pour tâches spécifiques d'aider les tuteurs formés à:

- introduire le tutorat dans les zones sanitaires,
- faire l'analyse de la situation des centres de santé avec une planification des actions correctrices,
- encadrer les tuteurs formés sur ces différentes tâches.

Les tuteurs nationaux n'ayant pas participé à la formation aux protocoles devaient s'en tenir aux tâches sus-citées et ne devaient prendre en compte ni les tâches de l'auto apprentissage, ni l'utilisation des protocoles. Ces aspects ont été pris en compte par l'équipe départementale de suivi.

➤ **Mécanisme de suivi des tuteurs au cours du tutorat et de l'auto apprentissage**

Le suivi des activités du tutorat et de l'auto apprentissage a été fait par l'équipe départementale de suivi ou EIE (voir le rôle de EIE plus haut).

Formation des prestataires

➤ Phase classique

◆ *Dans le Borgou/Alibori*

Comme décrit ci-dessus, six agents¹ (trois médecins et trois sages femmes), parmi lesquels cinq ont déjà été formés par PROSAF en méthodologie de formation, ont bénéficié d'une formation à l'utilisation des protocoles de services de SF. Le but de la formation était de doter le département du Borgou/Alibori, des personnes capables de préparer, conduire et évaluer les formations (classique) des prestataires à l'utilisation des protocoles de services de SF, en se servant du curriculum préparé à cet effet ainsi que des protocoles de services de SF. Les données collectées par analyse documentaire montrent que tous les formateurs formés ont réalisé au moins une fois, les tâches post formation définies ci-dessus. Ainsi, cinq des six formateurs ont:

- préparé un programme de formation de prestataires à l'utilisation des protocoles de services de santé familiale, y compris le but, les objectifs, les plans des séances et le calendrier, en accord avec le curriculum de formation et les protocoles de services de SF.
- formé 41 prestataires de services de SF au cours de deux sessions organisées entre le 10 et 22 septembre 2002. Les prestataires formés proviennent des zones sanitaires de Banikoara (dix dont deux SFE et huit Institut de Santé) de Sinende Bembèrèkè (20 dont quatre SFE, quatre IDE et 12 IS) et de Malanville Karimama (neuf dont une SFE, deux IDE et six IS). La provenance des prestataires formés couvre tous les niveaux de soins au niveau d'une ZS y compris les hôpitaux de zones, les CSSP/CSCU et les CCS. Les formateurs ont utilisé les techniques interactives de formation (étude de cas, jeu de rôle, démonstration) pour faciliter la maîtrise des compétences par les apprenants. En rapport avec le contenu des protocoles, les thèmes retenus dans le curriculum ont été traités (voir Annexe 1). Au cours de la formation, les prestataires ont identifié des pratiques à améliorer ou à innover qu'ils ont consignées dans des plans d'actions. A l'issue de la formation, les participants ont reçu les trois modules des protocoles et un guide auto apprentissage
- évalué les connaissances et les compétences des participants en administrant des outils appropriés (questionnaires, tests, etc.) et ont préparé un rapport des formations menées. Les résultats de différentes évaluations montrent que les formations ont été de bonnes qualités.

Au cours de la première session de formation des prestataires, les formateurs ont bénéficié de l'encadrement des «maîtres formateurs» du niveau national et départemental. Ils ont reçu du feedback sur le processus et le contenu de ces derniers et qui leur a permis d'appliquer d'améliorer leur prestation à la seconde session.

¹ Il faut noter que deux des six formateurs ont apporté un appui technique aux formateurs de l'Atlantique et du Mono dans la préparation, la conduite, l'évaluation et la préparation des rapports des sessions des formations de 19 prestataires et de 19 tuteurs, organisées en Février 2002.

Toutefois, les maîtres formateurs n'ont pas utilisé un outil d'observation pour évaluer de façon systématique la compétence des formateurs en salle de classe.

◆ *Dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo*

Un médecin (de l'Atlantique) et deux sages femmes (du Littoral) ont accompagné deux formateurs à l'utilisation des protocoles, venus du Borgou pour les appuyer au cours des formations des prestataires et des tuteurs à l'utilisation des protocoles de services de SF. En groupe de formateurs, ils ont préparé, conduit et évalué les formations de 23 prestataires, qui ont eu lieu du 04 au 09 février 2002 à la Maternité Lagune. Les prestataires formés proviennent de Littoral/Atlantique (18 SFE) et du Mono Couffo (cinq dont quatre SFE et une IS).

➤ **Phase de tutorat et auto apprentissage**

A cette phase, les prestataires étaient censés:

- Appliquer les acquis de la formation en utilisant systématiquement les protocoles de service de SF dans leur pratique quotidienne
- Mettre en œuvre les plans d'action pour les pratiques à améliorer et à innover
- Faire leur auto apprentissage

Les tuteurs ont été déployés dans les centres de santé des prestataires formés par équipe de deux, une sage-femme et infirmier (dans le Borgou) ou un seul (dans l'Atlantique/Littoral et Mono/Couffo) et ont travaillé selon le calendrier établi. Le programme consistait à effectuer au moins deux séjours d'une durée de deux à cinq jours dans chaque centre de santé, intercalés d'une semaine auto apprentissage.

Pendant leur séjour dans les centres de santé, les tuteurs ont analysé les besoins des formations sanitaires, et élaboré avec l'équipe de santé des plans d'actions dont ils ont conduit la mise en œuvre. Ils ont aussi encadré les prestataires, la sage-femme prenant la responsabilité de l'encadrement pour l'application des protocoles des services de SF alors que l'infirmier s'intéressait à d'autres priorités telles que l'hygiène et l'assainissement et les aspects organisationnels.

Pour auto apprentissage, le tuteur a eu pour tâche d'assister le prestataire dans la planification des tâches d'apprentissage, l'encourager dans l'accomplissement de ces tâches et s'assurer que le prestataire a mené toutes les activités contenues dans le guide – d'apprentissage.

➤ **Mécanisme de suivi**

L'équipe départementale de suivi a effectué de visites d'encadrement dans les formations sanitaires sous tutorat, visites d'encadrement au cours desquelles, elle a supervisé auto apprentissage par les prestataires et aidé les tuteurs dans l'accomplissement de leurs tâches tel que défini dans le manuel des tuteurs. L'équipe a aussi tenu des réunions de revue de processus avec les tuteurs.

Résultats

Caractéristiques des agents enquêtés

La dissémination des protocoles de services de SF ayant ciblé les prestataires de SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'enquête a concerné 46 formations sanitaires dont un peu plus de la moitié soit 54% sont des CCS.

Tableau 4: Répartition des prestataires par formation sanitaire et par département

Formations sanitaires	Nombre total	Départements			
		Atlantique	Littoral	Mono/Couffo	Borgou/Alibori
HZ	13	1	3	-	9
CSCU	2	-	1	1	
CSSP	7	2	-	2	3
CCS	22	3	2	2	15
Maternité Lagune	3	-	3	-	-
CUGO	3	-	3	-	-
Total	50	6	12	5	27

Comme le montrent les tableaux cinq et six suivants, sur un total de 75 agents enquêtés, 50 soit 66% sont des prestataires de services et 25 sont des prestataires de services /tuteurs, soit 33% de l'effectif total. Les prestataires et les tuteurs (ou prestataires des services/tuteurs) sont répartis entre les différents types de formations sanitaires dans des proportions similaires avec le plus grand nombre au niveau des CCS. Globalement, le ratio tuteur/prestataire est d'une pour deux à l'exception du Mono/Couffo où le ratio est d'une pour une et le Borgou où celui-ci est d'une pour cinq. Cette différence dans les ratios reflète l'option prise par les initiateurs du projet de limiter le nombre de prestataires par tuteur dans l'Atlantique, le Littoral et le Mono/Couffo afin de réduire le nombre total de visites à mener par chaque tuteur. Cette décision a été prise d'une part pour résoudre le problème des ressources limitées dans ces départements comparé au Borgou/Alibori qui bénéficie de l'appui du PROSAF et d'autre part pour renforcer l'encadrement de proximité des prestataires.

Tableau 5: Répartition des tuteurs par formation sanitaire et par département

Formations sanitaires	Nombre	Départements			
		Atlantique	Littoral	Mono/Couffo	Borgou/Alibori
HZ	11	-	2	3	6
CSCU	2	-	1	1	-
CSSP	1	-	-	-	1
CCS	10	3	1	1	5
Maternité Lagune	1	-	1	-	-
CUGO	-	-	-	-	-
Total	25	3	5	5	12

Tableau 6: Caractéristiques moyennes des prestataires par département

Départements	Age moyen	Ancienneté dans la qualification	Ancienneté dans la formation sanitaire
Atlantique	45	19	3
Littoral	46	20	11
Mono/Couffo	43	16	4
Borgou/Alibori	37	15	4
Moyenne	42,7	17,5	5,5

Comme le montre le tableau ci-dessus, la moyenne d'âge des prestataires est de 42,7 ans. L'Atlantique et le Littoral sont les départements où se trouvent les prestataires ayant la moyenne d'âge la plus élevée alors que les prestataires sont en moyenne plus jeune dans le Borgou/Alibori. Les prestataires ont en moyenne 7,5 ans d'ancienneté dans leur qualification. Les plus anciens se retrouvent dans le Littoral et l'Atlantique. L'ancienneté des prestataires dans la formation sanitaire est de 5,5 ans et est plus élevée dans le Littoral (11 ans).

Tableau 7: Caractéristiques moyennes des tuteurs par département

Départements	Age moyen	Ancienneté dans la qualification	Ancienneté dans la formation sanitaire
Atlantique	44	19	5
Littoral	44	19	9
Mono/Couffo	43	19	5
Borgou/Alibori	42	18	6
Moyenne	43,25	18,75	6,25

L'âge moyen des tuteurs est de 43,25 ans. Les plus âgés se retrouvent dans l'Atlantique et le Littoral (44 ans) et les plus jeunes dans le Borgou/Alibori. L'ancienneté dans la qualification est en à peu près la même dans tous les départements (≈ 19 ans) tandis que l'ancienneté dans la formation sanitaire est plus élevée dans le Littoral (neuf ans) par rapport aux autres départements (\approx six ans).

Autres expériences de formation

Après la formation à l'utilisation des protocoles des services de SF, 22% des prestataires du Borgou/Alibori déclarent avoir suivi d'autres formations. Parmi ceux-ci, 50% ont reçu une formation sur la prise en charge de l'infection chez le nouveau-né. Les formations ont été généralement organisées par le FNUAP, le PROSAF et le BMSP. En ce qui concerne les départements du sud, 39% des prestataires déclarent avoir reçu une autre formation, organisée par le BMSP pour 44% d'entre eux. La plupart des thèmes abordés par ces formations sont en rapport avec le contenu des protocoles des services de SF.

En ce qui concerne les tuteurs, 83% de ceux du Borgou/Alibori déclarent avoir suivi d'autres formations, notamment en assurance qualité (50%), formation des tuteurs (30%), planification familiale (PF), et prévention des IST/SIDA. Les structures organisatrices comprennent le PROSAF et le BMSP/DDSP. Par contre, seuls 38% des tuteurs des départements du sud ont déclaré avoir bénéficié d'autres formations (PF, prévention des IST/SIDA, logistique, supervision et autres) et ces formations ont été principalement organisées par le BMSP/DDSP (60%).

Changements post formation au niveau des connaissances et des compétences

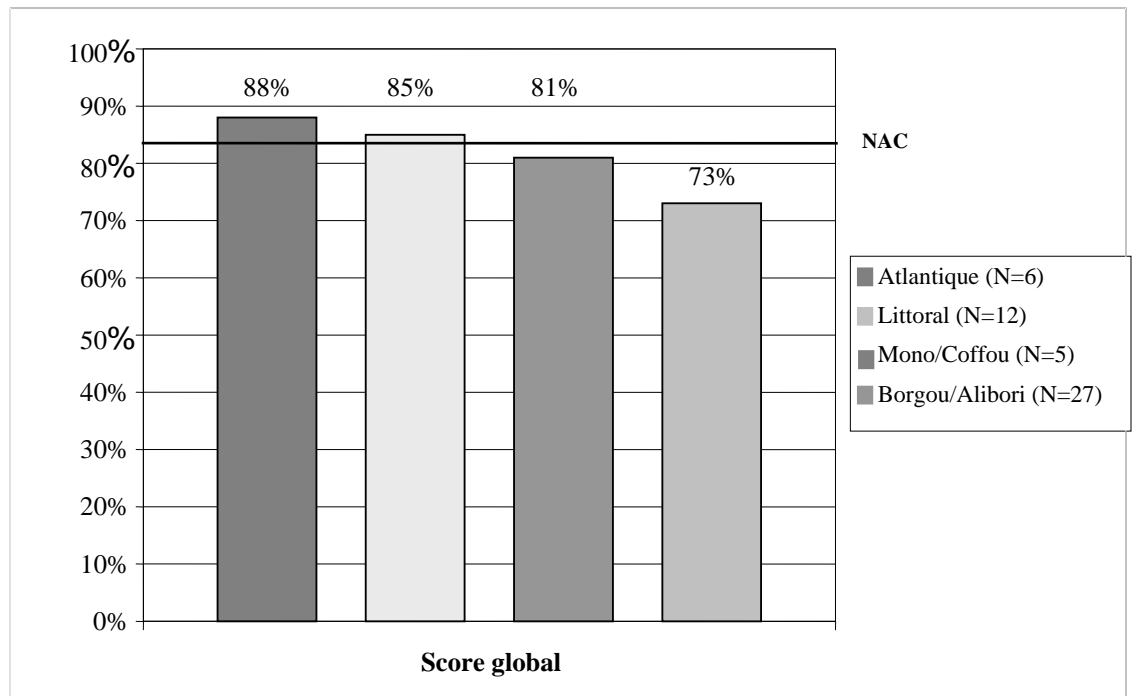
Les changements post formation ont été mesurés en terme d'amélioration de niveau de connaissances et de capacité à se servir des protocoles de services de SF pour prendre de décisions.

Changements dans les connaissances des prestataires de services et des tuteurs

Le niveau de connaissance des prestataires et des tuteurs a été établi au suivi en utilisant un test de connaissances auto-administré. Celui-ci était structuré en deux parties: La première partie avait trait aux IST/VIH/SIDA (Q1 à Q5), à la maternité à moindres risques (Q6 à Q14) et à la santé de l'enfant (Q15 à Q19). La deuxième partie avait trait aux pratiques inadéquates de services de SF qui doivent être abandonnées.

Les prestataires

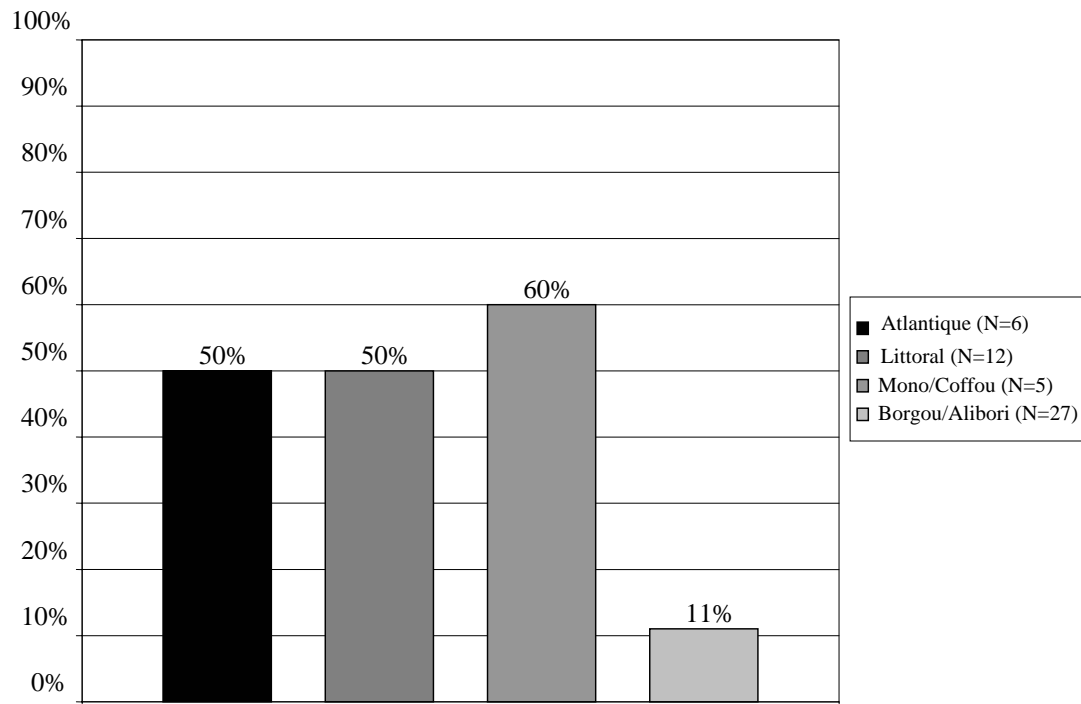
Graphique 1: Scores moyens des prestataires au test de connaissances par département (NAC=85 %)



Comme le montre le Graphique 1 ci-dessus, au suivi, les scores sont supérieurs à 70%. Les meilleurs scores ont atteint ou dépassé le niveau acceptable de connaissance² (NAC) fixé à 85% et ont été obtenus par les prestataires de l'Atlantique (88%) et du Littoral (85%). Globalement, les scores individuels varient de 58% à 100%.

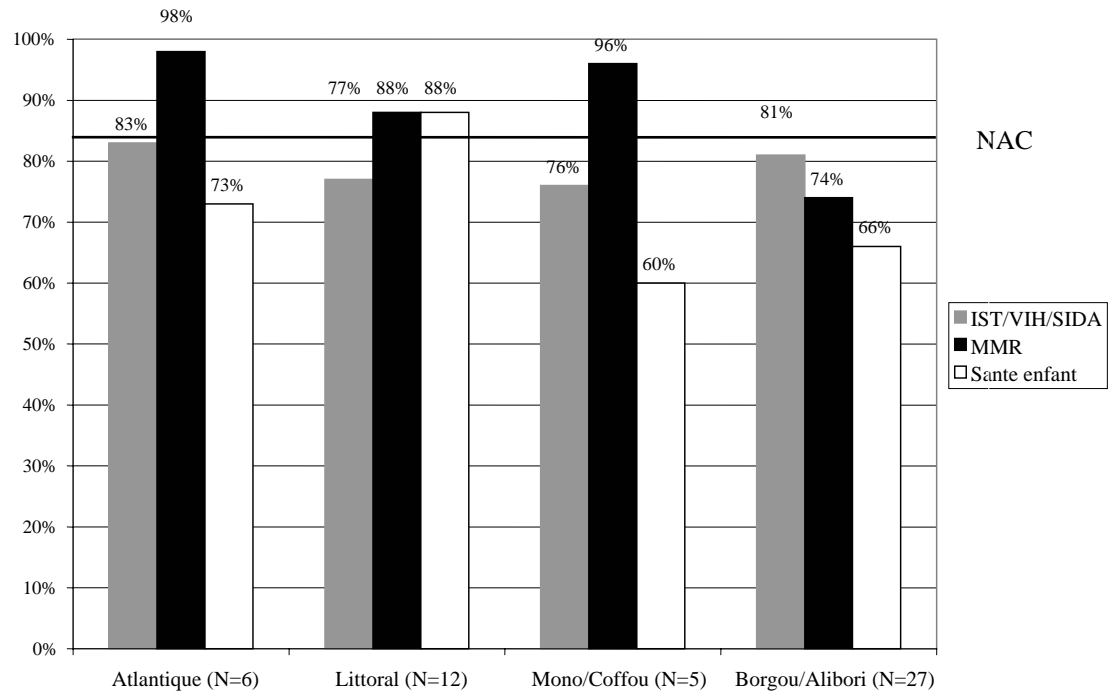
² Mesure déterminant le standard minimum qu'il faut atteindre en terme de connaissances. Le NAC peut être fixé par les formateurs, l'institution ou par les associations professionnelles. Plusieurs approches peuvent être utilisées pour fixer le NAC, mais dans la pratique, le NAC est souvent fixé entre 70 et 80% du score maximum.

Graphique 2: Pourcentage des prestataires ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par département



Le Graphique 2 ci-dessus montre que globalement, un prestataire sur deux à atteint ou dépassé le NAC sauf dans le Borgou/Alibori où seuls 11% des prestataires l'ont fait.

Graphique 3: Score moyen des prestataires au test de connaissances par domaine content et département

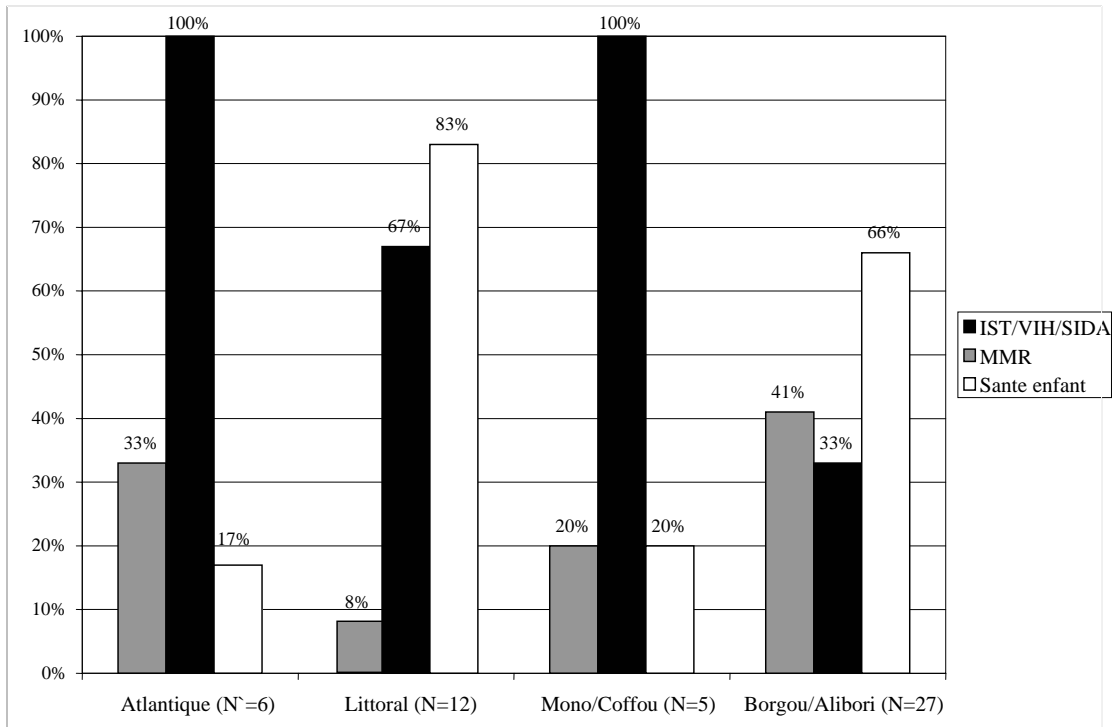


Pour les IST/VIH/SIDA, le score moyen global des prestataires est inférieur au NAC. Les meilleurs scores ont été atteints par les prestataires de l'Atlantique (83%) et du Borgou/Alibori (81%).

Pour la maternité à moindres risques, le score moyen global des prestataires est supérieur au NAC. Il faut noter que les prestataires du Borgou/Alibori ont un score de 74% dans ce domaine et n'ont donc pas atteint le NAC.

En ce qui concerne la santé de l'enfant, le score moyen global des prestataires est inférieur au NAC. Seuls les prestataires du Littoral sont parvenu à dépasser le NAC avec un score moyen de 88%.

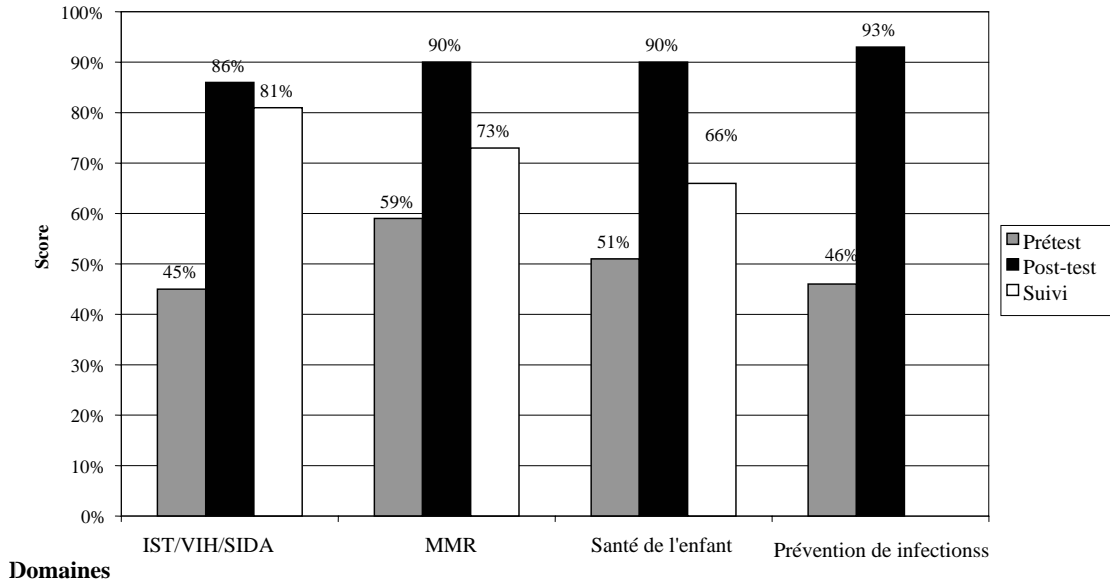
Graphique 4: Pourcentage des prestataires ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par domaine selon le département



La maternité à moindres risques est un domaine connu par tous les prestataires dans l'Atlantique et le Mono/Couffo et par contre, une faible proportion d'entre eux (17% et 20% respectivement) ont atteint ou dépassé le NAC pour la santé de l'enfant. A l'inverse, 83% des prestataires du Littoral et 66% des prestataires du Borgou/Alibori ont atteint ou dépassé le NAC dans ce domaine. Par contre, 67% des prestataires du Littoral et seuls 33% des prestataires du Borgou/Alibori ont atteint ou dépassé le NAC pour la maternité à moindre risque.

Les IST/VIH/SIDA semblent un domaine qui pose problème pour la majorité des prestataires puisque seuls 33% dans l'Atlantique, 8% dans le Littoral, 20% dans le Mono/Couffo et 41% dans le Borgou/Alibori ont atteint ou dépassé le NAC.

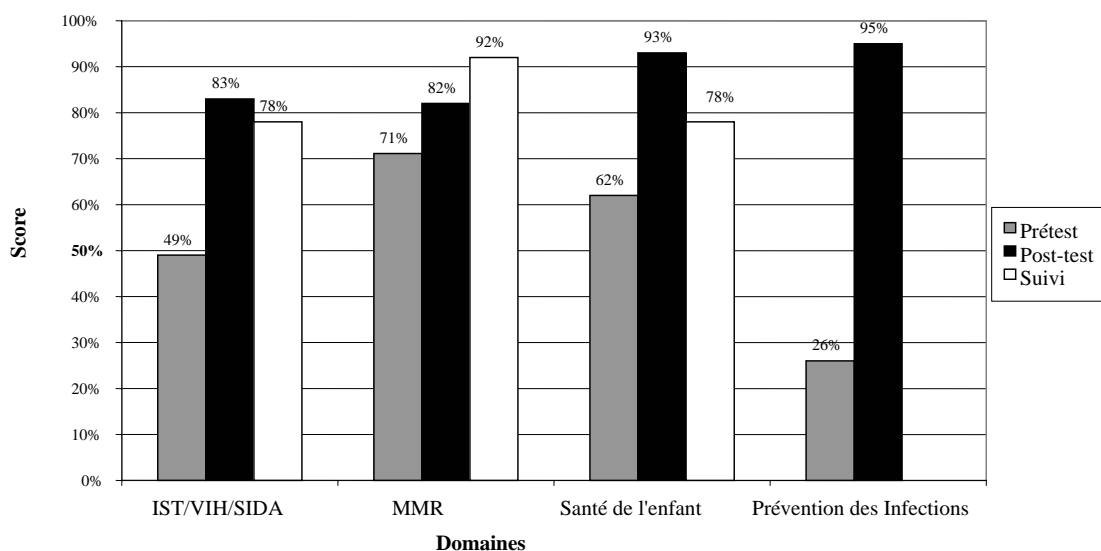
Graphique 5: Comparaison des scores de connaissance des prestataires au prétest, post-test et suivi dans le Borgou/Alibori



La comparaison des scores des prestataires du Borgou/Alibori au test de connaissance montre une différence significative entre les résultats des pré test et post test administrés aux prestataires avant et immédiatement après la formation classique, et cela quels que soient les domaines. De plus, tous les résultats du post test se situent au dessus du NAC fixé à 85%. On constate une baisse des scores de connaissance entre le post test et le suivi³, baisse cependant normale compte tenu du temps écoulé entre la formation et le suivi (six mois).

³ Les connaissances pour la prévention des infections n'ont pas été mesurées au suivi.

Graphique 6: Comparaison des scores de connaissance des prestataires au prétest, post-test et six mois après la formation (suivi) dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo

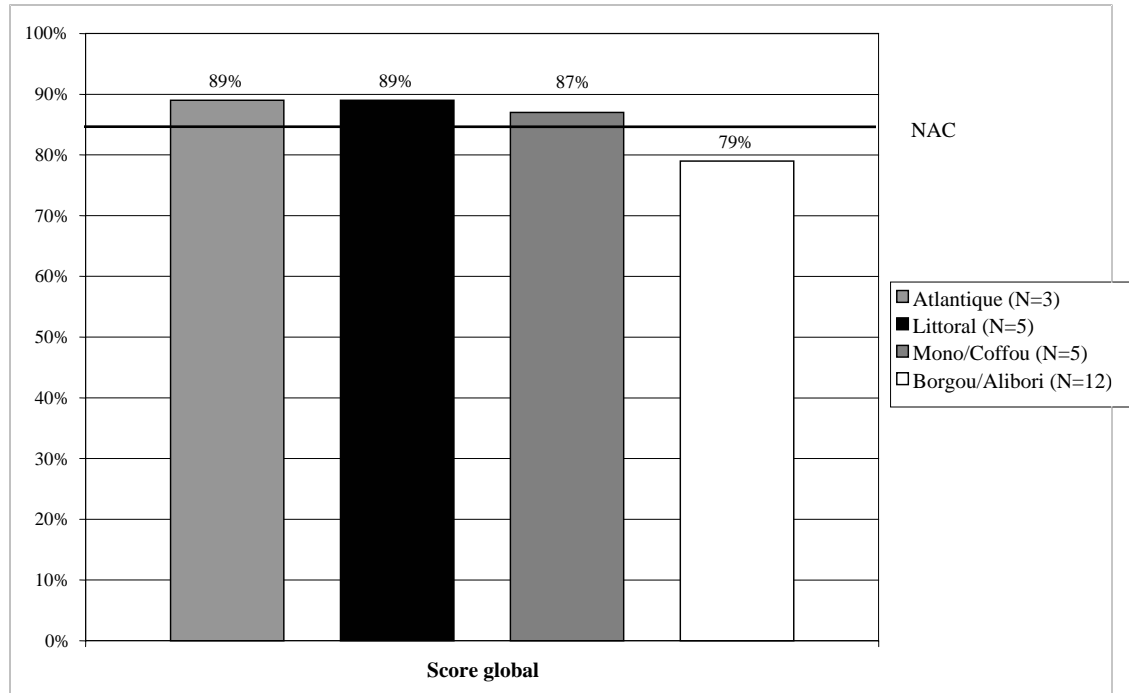


La comparaison des scores au test de connaissance des prestataires de l'Atlantique, du Littoral et du Mono/Couffo montre une différence entre les résultats du pré test et du post test administrés avant et immédiatement après la formation classique, et cela quels que soient les domaines. De plus, tous les résultats du post test se situent au dessus du NAC fixé à 85% pour la santé de l'enfant et la prévention des infections. On constate une augmentation du niveau de connaissance pour la maternité à moindres risques entre le post test (82%) et le suivi (92%). Cela peut s'expliquer par le fait que 44% des prestataires de ces départements disent avoir reçu d'autres formations en rapport avec le contenu des protocoles de SF après la dissémination de ces protocoles. Il y a une baisse des scores de connaissance entre le post test et le suivi⁴ pour les autres domaines, baisse cependant normale compte tenu du temps écoulé entre la formation et le suivi (6 mois).

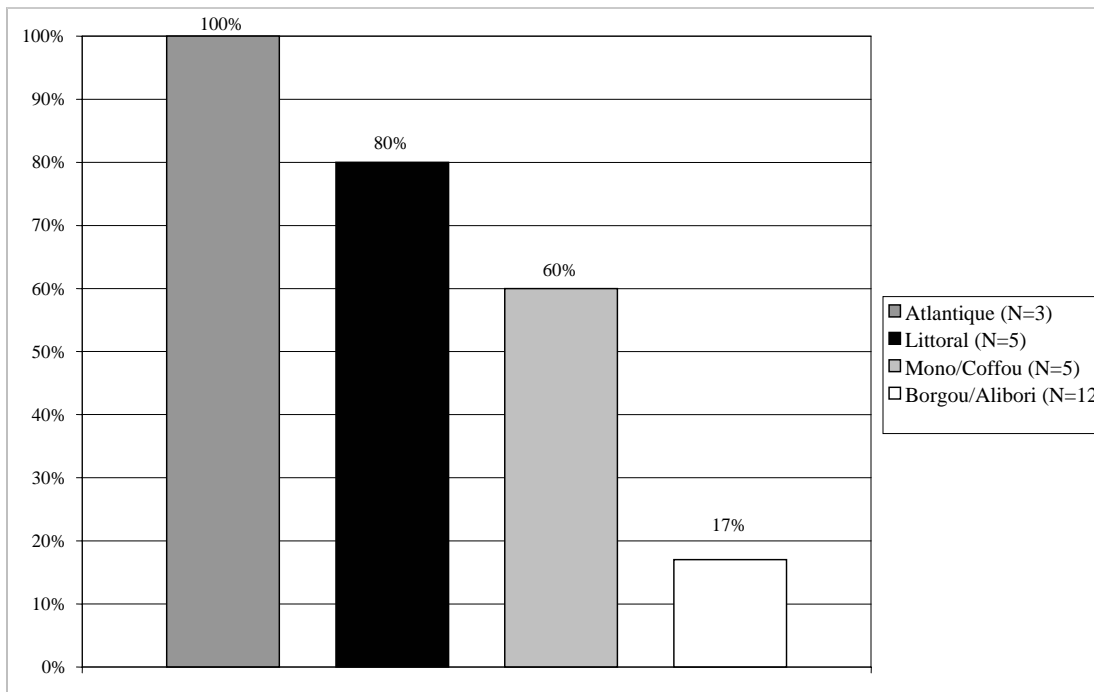
⁴ Les connaissances pour la prévention des infections n'ont pas été mesurées au suivi.

Les tuteurs

Graphique 7: Scores moyens des tuteurs au test de connaissances par département (NAC=85 %)



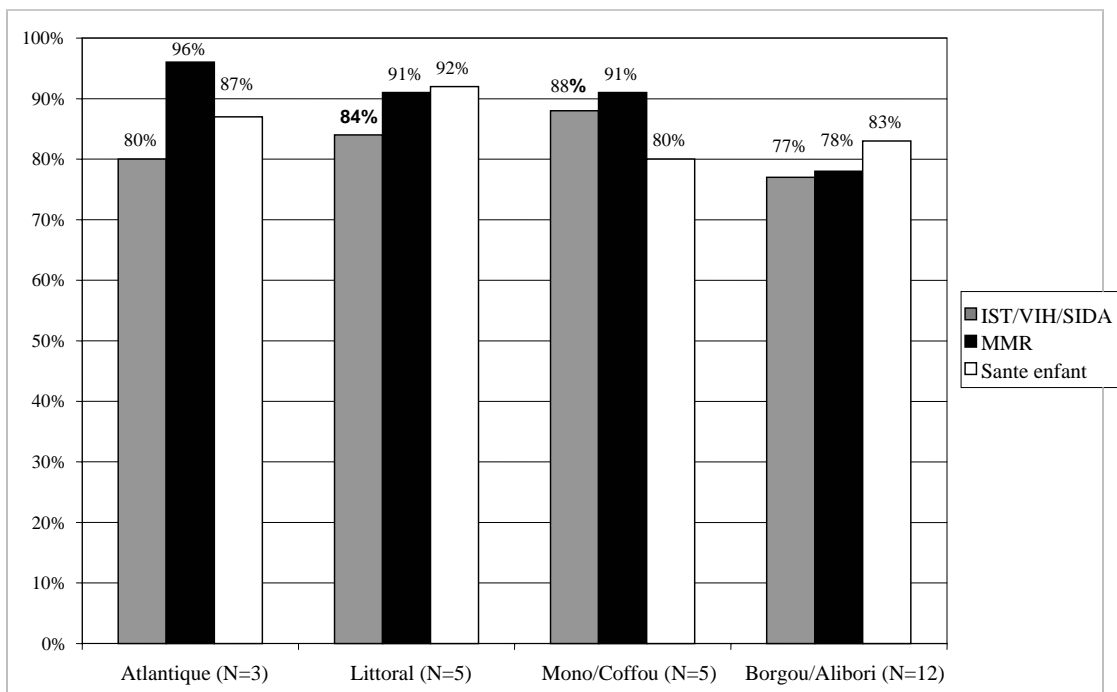
Graphique 8: Pourcentage des tuteurs ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par département



Tous les prestataires de l'Atlantique et une grande proportion des prestataires du Littoral (80%) et du Mono/Couffo (60%) ont atteint ou dépassé le NAC. Par contre,

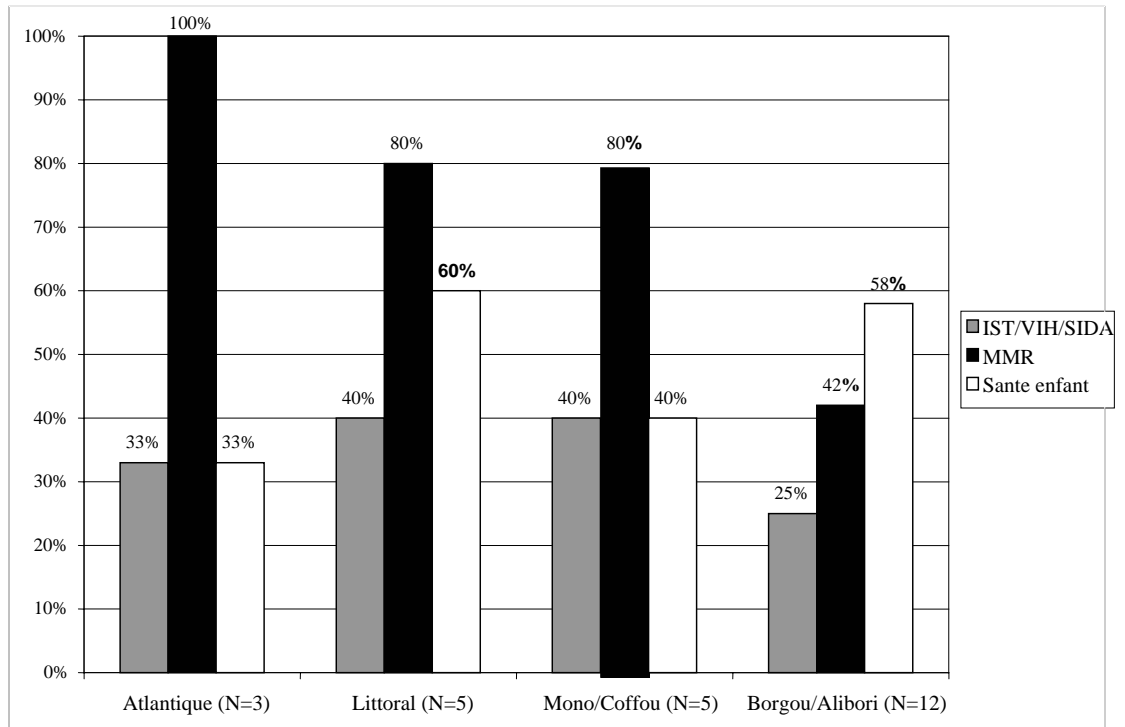
seuls 17% des prestataires du Borgou/Alibori y sont parvenu. La comparaison des scores selon la catégorie professionnelle montre que les prestataires qui ont atteint ou dépassé le NAC sont essentiellement des sages femmes.

Graphique 9: Score moyen des tuteurs au test de connaissances par domaine selon le département



Comme le montre le Graphique 9 ci-dessus, les scores sont généralement élevés pour tous les domaines. Les prestataires de l'Atlantique, du Littoral et du Mono/Couffo ont atteint ou dépassé le NAC dans deux domaines. Le domaine des IST/VIH/SIDA est le plus faiblement connu (80%) dans l'Atlantique et le Littoral alors que dans l'autre département ce serait plutôt la santé de l'enfant. Bien qu'ayant réalisé des scores élevés (77%, 78% et 83%), les prestataires du Borgou/Alibori n'ont pas atteint le NAC.

Graphique 10: Pourcentage des tuteurs ayant un score égal ou supérieur au NAC au test de connaissance par domaine selon le département

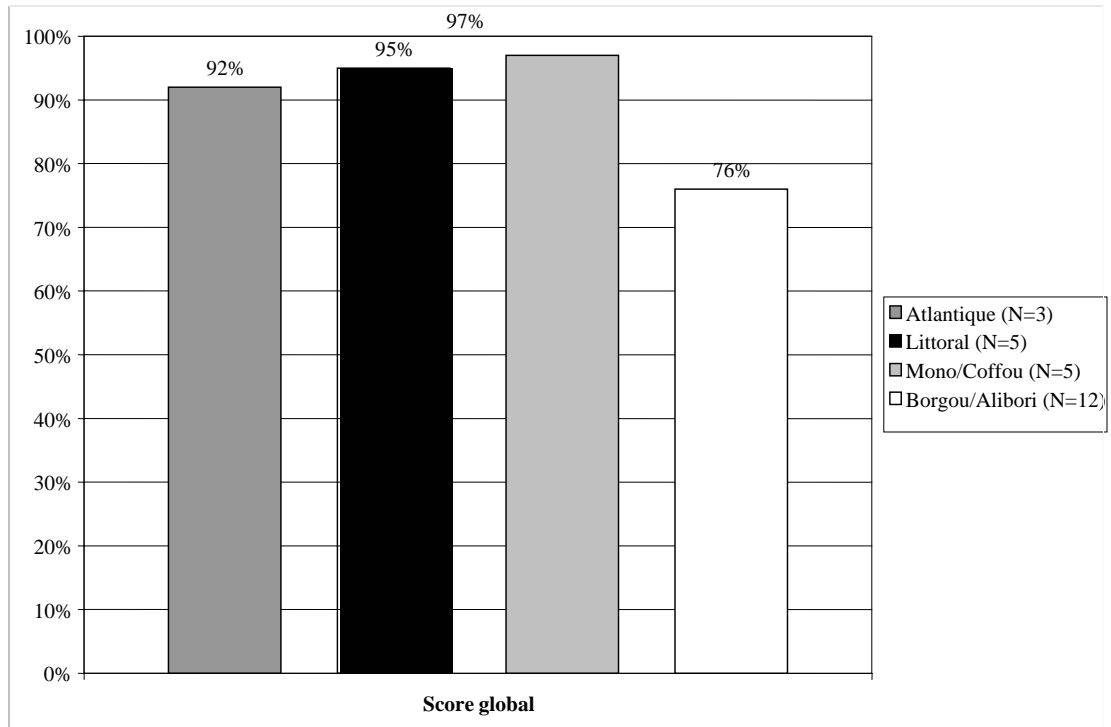


Le graphique ci-dessus montre que les tuteurs sont particulièrement à l'aise dans le domaine en rapport avec la maternité à moindres risques particulièrement dans les départements du sud. Cela peut s'expliquer par le fait que ces tuteurs sont exclusivement des sages femmes.

Capacité à utiliser les protocoles de services de SF pour prendre des décisions

Deux études de cas ont été présentées aux prestataires et aux tuteurs pendant le suivi. Un cas sur l'hypertension artérielle sur grossesse et l'autre sur l'ictère pathologique du nouveau-né. Il a été demandé aux enquêtés d'utiliser leur document de protocoles pour prendre les décisions appropriées dans un laps de temps donné.

Graphique 11: Score moyen de compétence des agents (prestataires et tuteurs) pour l'utilisation des protocoles de services selon le département



Le Graphique 11 ci-dessus montre que globalement, le score moyen de compétence du groupe des prestataires et tuteurs pour l'utilisation des protocoles de services de SF est supérieur à 90% sauf pour le Borgou/Alibori qui atteint malgré tout 76%, un score qui est supérieur au NAC fixé à 75%. Il faut remarquer que généralement les sages femmes ont réalisé un bien meilleur score que les IDE ou les IS.

Spécifiquement, le score moyen de compétence des prestataires de l'Atlantique, du Littoral et du Mono/Couffo varie de 88% dans l'Atlantique à 100% dans le Mono/Couffo. Par contre dans le Bourgou/Alibori, les prestataires ont tout juste dépassé le NAC avec 77%. Il faut noter que dans ce département, ce sont les SFE et les Infirmier de Santé (IS) de maternité qui ont une meilleure maîtrise de l'utilisation des protocoles.

Pour ce qui concerne les tuteurs, le score moyen de compétence de ceux des départements du sud est de 94%. Les tuteurs du Borgou/Alibori ont, quant à eux, atteint un score de 72%. Notons par ailleurs que ce sont les SFE et les IS qui ont atteint ou dépassé le NAC dans ce département.

Il faut noter que dans le Borgou/Alibori, deux IS sur 27 prestataires interviewés ont eu des difficultés à utiliser les protocoles. Dans l'Atlantique, le Littoral et le Mono/Couffo, tout le monde a répondu dans les délais requis.

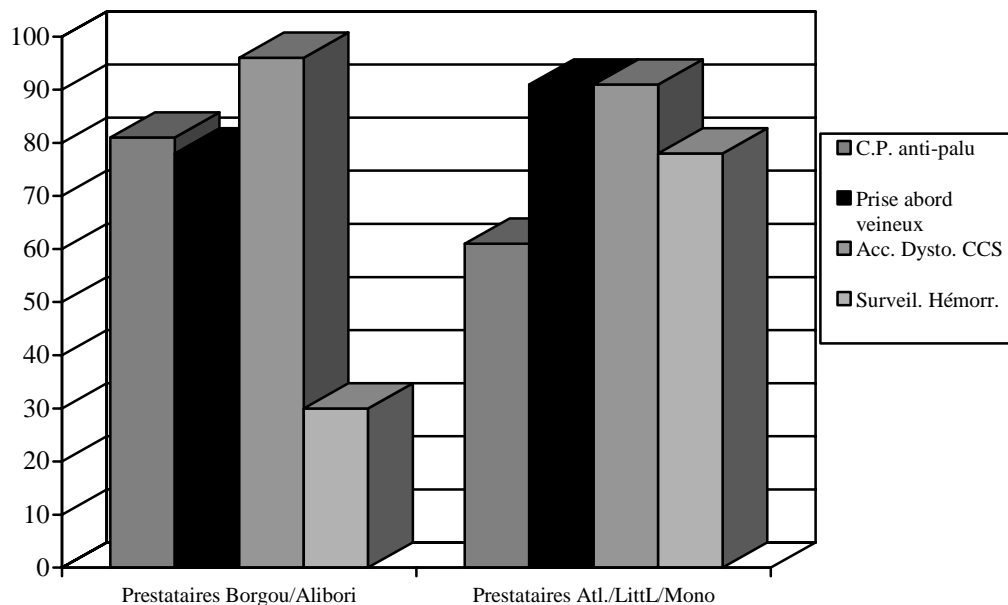
Changements dans les pratiques

Au cours de la formation, les pratiques inadéquates suivantes avaient été recensées par les prestataires et les tuteurs:

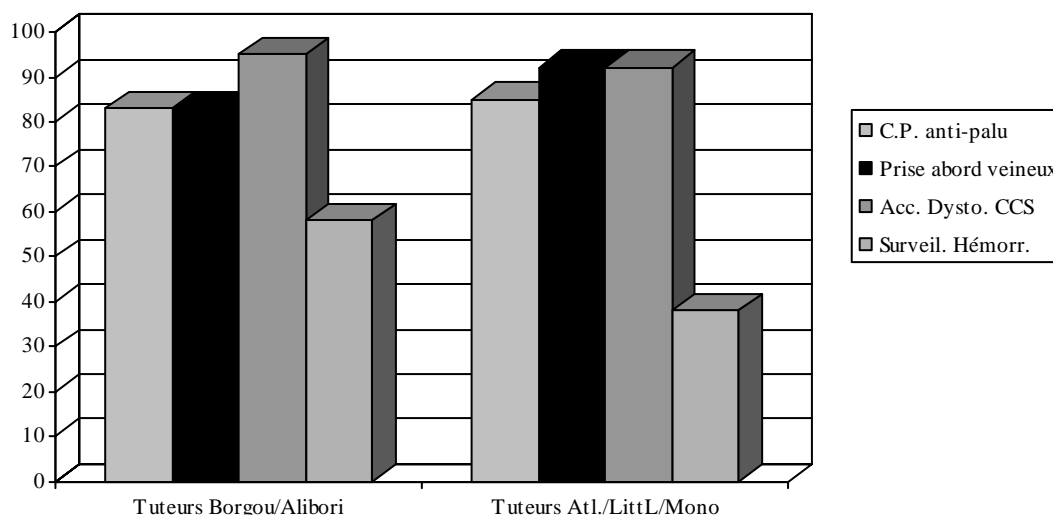
- **Chimio-prophylaxis anti-palustre chez la femme enceinte:** prise de trois comprimés de chloroquine 100 mg par semaine à jour fixe ou d'un comprimé de chloroquine 100 mg par jour pour la chimio-prophylaxie chez la femme enceinte sans traitement présomptif.
- **Prise de l'abord veineux chez une gestante, parturiente ou accouchée:** prise de l'abord veineux à l'épiflex au lieu d'un cathéter.
- **Accouchement dystocique au CCS:** pose de perfusion de syntocinon ou expression abdominale à dilatation complète.
- **Surveillance en cas d'hémorragie obstétricale:** considérer la prise de la tension artérielle, le contrôle des muqueuses, la surveillance de l'état de conscience comme les éléments cliniques de surveillance les plus important devant toute hémorragie au lieu du pouls.

Le niveau d'abandon de ces pratiques inadéquates a été évalué lors du suivi. Globalement, un tiers des agents interrogés (27 prestataires et 12 tuteurs) ont abandonné toutes les pratiques inadéquates pour lesquelles ils ont été testés. Cela concerne spécifiquement 54% des prestataires et 44% des tuteurs. En général, la grande majorité des agents (82%) a abandonnée entre trois et quatre pratiques inadéquates. Il faut remarquer que trois prestataires et deux tuteurs ou 7% des agents continuent à avoir des pratiques inadéquates.

Graphique 12a: Pourcentage des prestataires qui ont adopté de nouvelles pratiques selon le département (n=27)



Graphique 12b: Pourcentage des tuteurs qui ont adopté de nouvelles pratiques, par département (n=12)



Les Graphiques 12a et 12b ci-dessus montrent que 61% des prestataires et 85% des tuteurs des départements du sud et 81% des prestataires et 83% des tuteurs du Borgou/Alibori ont abandonné toutes les pratiques inadéquates concernant la chimio-prophylaxie anti-palustre chez la femme enceinte. Les bonnes pratiques en rapport avec les hémorragies obstétricales sont les moins connues dans le Borgou/Alibori. Par rapport à la qualification professionnelle, les IS de dispensaire présentent le meilleur pourcentage d'abandon (100%).

Dans les départements du sud, 91% des prestataires et 92% des tuteurs contre 78% des prestataires et 83% des tuteurs dans le Borgou/Alibori savent qu'il faut prendre un abord veineux au cathéter face à une gestante, une parturiente ou une accouchée⁵.

Dans les départements du sud, deux sages-femmes sur 23 soit 9% contre une tuteur sur 13 (85%) ne savent pas qu'au niveau d'un CCS il faut référer les accouchements dystociques. Dans le Borgou/Alibori, en dehors d'un tuteur et d'un prestataire, tous les autres prestataires et tuteurs savent qu'au niveau d'un CCS, il faut référer les accouchements dystociques.

Cinq prestataires sur les 23 soit 22% et huit tuteurs sur 13 soit 62 % des départements du sud ignorent la surveillance du pouls comme l'élément clinique le plus important en cas d'hémorragie obstétricale. Dans le Borgou/Alibori, 70% des prestataires et 42% des tuteurs ignorent la surveillance du pouls comme l'élément clinique le plus important pour la surveillance des hémorragies obstétricales.

D'autres pratiques se sont améliorées du fait de l'utilisation des protocoles. En effet, les informations collectées dans les formations sanitaires au cours des visites

⁵ Comme vont le montrer les résultats sur les conditions de travail présentés plus loin, il faut noter que le cathéter est le matériel qui manque le plus souvent.

d'encadrement des prestataires montrent que l'utilisation des protocoles de services de SF garantit la qualité des services et des soins.

Ainsi, en matière de prévention de l'infection, les nouveaux comportements ci-après ont été observés chez les prestataires:

- les objets piquants sont mis systématiquement dans les boîtes spécifiques;
- le port de gants au cours des prestations a été observé;
- le lavage des mains avant et après chaque prestation ou soins a été observé;
- la technique de nettoyage humide et du lavage du sol est acquise.

En matière de soins obstétricaux et néonataux, les prestataires ont documenté dans leur guide d'auto apprentissage, les services offerts aux mères et aux nouveaux nés en cas de: infections urinaires, éclampsies, travail d'accouchement prolongé, hémorragie de la délivrance, souffrance fœtale et néonatale et d'ictère.

Dans le Borgou/Alibori, une sage femme de Bembéréké a déclaré:

"Dans notre hôpital, il était presque impensable de voir une infirmière, une sage femme ou une aide soignante sans pagne ou une jupe en dessous de sa blouse. Mais depuis la formation à l'utilisation des protocoles des services de SF et l'introduction des principes et pratiques pour la prévention des infections, tout le monde est en blouse exclusivement "

A Tori Bossito, le tuteur écrit ce qui suit dans son rapport, à l'issue d'un accouchement effectué par un prestataire formé:

"Les mesures de prévention des infections dans la salle d'accouchement sont strictement observées (pas de chaussures venues de l'extérieur à la salle d'accouchement, le port de tablier est systématique lors de l'accouchement, la décontamination du matériel et des aiguilles est faite immédiatement après les soins et les aiguilles sont éliminées dans un bocal hermétiquement fermé). La surveillance du travail d'accouchement et les soins usuels aux nouveau-nés sont exécutés correctement selon les protocoles des services de Santé. Le seul point faible remarqué pour cette activité est l'insuffisance de la surveillance des accouchées dans les suites de couches immédiates".

Les résultats du suivi montrent également des changements dans l'offre des services. Quoique encore modeste, ces changements sont néanmoins encourageants.

Tableau 8: Nombre moyen de jours où les activités de SMI sont menées avant et après la formation, pour l'ensemble des départements

Formations sanitaires	Nombre moyen de jours	
	Avant	Après
Consultation prénatale	4,3	4,9
Consultation post natale	2,6	3,2
Consultation d'enfants sains	2,6	2,8

D'après le tableau ci-dessus, il semble que les activités de santé soient mieux intégrées dans tous les départements après la formation et que certaines d'entre elles

se mènent davantage au quotidien. En effet, les résultats indiquent un changement dans le nombre de jours moyen où certains services sont offerts, avec un gain moyen d'une jour. Il faut noter plus particulièrement le cas du Borgou/Alibori où le nombre moyen de jours pour la CPN est passé de trois à 4,5 par semaine, et de 1,3 jours à 2,5 pour la CPoN.

Tableau 9: Nombre moyen de carte maternelles avec BDC chronométrés, avant et après la formation, selon le département

Formations sanitaires	Nombre moyen de cartes maternelles	
	Avant	Après
Borgou/Alibori	0,6	3,5
Atlantique	0,8	2,2
Littoral	1,4	3,1
Mono/Couffo	0,6	3,9
Ensemble	0,8	3,2

Dans chaque formations sanitaire, dix cartes maternelles remplies avant la formation et dix autres cartes maternelles remplies après la formation ont été tirées au hasard afin de vérifier si elles portaient mention du chronométrage des bruit du cœur, retenu comme indicateur de la surveillance de l'accouchement. Il apparaît que le nombre moyen de cartes maternelles avec BDC chronométrés s'est accru dans tous les départements, passant d'à peine une carte à plus de trois cartes. Les changements les plus importants sont observés dans le Mono/Couffo et dans le Borgou/Alibori.

Facilité d'utilisation, d'application, accessibilité et disponibilité des protocoles de SF

Disponibilité des protocoles

Tableau 10: Proportion des prestataires qui disposent du document des protocoles des services de SF

Modalités	Borgou/Alibori		Atlantique/Littoral, Mono/Couffo		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Disponible	38/39	97%	36/36	100%	74/75	99%
Non disponible	1/39	3%	0/36	0%	1/75	1%

Pour l'ensemble des départements, les prestataires ont reçu des documents des protocoles des services de SF lors de leur formation à son utilisation. La quasi-totalité (99%) des prestataires interrogés lors du suivi disposaient des protocoles des services de SF. Le seul prestataire qui n'en avait pas a expliqué que les documents avaient été enfermés par l'infirmière absente au moment de l'enquête.

Applicabilité du document des protocoles

Tableau 11: Proportion des agents qui ont cherché au moins une fois des informations dans les protocoles de services après la formation

Modalité	Borgou/Alibori		Atlantique/Littoral, Mono/Couffo		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
A recherché au moins une fois	37/39	95%	36/36	100%	73/75	97%
N'a pas recherché	2/39	5%	0/36	0%	2/75	3%

La majorité des agents formés (97%) ont déclaré avoir utilisé les protocoles au moins une fois. Seuls deux agents sur 75 ont déclaré n'avoir jamais cherché des informations dans les protocoles. Il s'agit d'un agent d'un HZ devenu surveillant d'hospitalisation après la formation et d'un infirmier dans un CCS qui est à la veille de sa retraite et ne semble plus motivé.

Tableau 12: Fréquence à laquelle les agents formés consultent les protocoles pour l'offre des soins

Modalités	Borgou/Alibori		Atlantique/Littoral, Mono/Couffo		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Toutes les fois	7/39	19%	14/36	39%	21/75	28%
Souvent	13/39	35%	17/36	47%	30/75	40%
Quelques fois	16/39	43%	5/36	14%	21/75	28%
Jamais	1/39	3%	0/36	0%	1/75	1%

Pour l'ensemble des départements, les agents enquêtés déclarent consulter les protocoles souvent (40%) ou toutes les fois (28%) pour l'offre de soins. 28% des prestataires le font quelques fois et un agent déclare n'avoir pas pu consulter les protocoles. Dans les départements de la région sud, les prestataires consultent deux fois plus les protocoles des services des services de SF. Ce constat peut être lié au meilleur suivi ou à la qualification des prestataires qui sont toutes des sages femmes.

Tableau 13: Fréquence de consultation des protocoles selon les fonctions post-formation

Modalités	Tuteurs		Prestataires	
	fréq.	%	fréq.	%
Toutes les fois	11/25	44%	10/50	20%
Souvent	9/25	36%	21/50	42%
Quelques fois	5/25	20%	16/50	32%
Jamais	0	0%	1/50	2%

La référence aux protocoles pour l'offre des soins est mieux assurée par les tuteurs que par les prestataires. En effet, plus de la moitié des prestataires formés (62%) disent consulter les protocoles souvent ou toutes les fois contre 80% des tuteurs.

Tableau 14: Cas pour lesquels les protocoles ont été consultés (n=73)

Cas Cliniques	Total	
	fréq.	%
Maladies sur grossesse (HTA sur grossesse)	30	41%
Réanimation du Nouveau-né	27	37%
Nouveau-né infecté	27	37%
Menace d'accouchement prématuré	22	30%
Hémorragie de la grossesse	22	30%
CPN/ CPoN/ accouchement normal/ PF	15	21%
Prise en charge des IST	7	10%
Prévention des infections	7	10%
Eclampsie au cours du travail d'accouchement	5	7%
Accueil	5	7%
Troubles de l'érection	4	5%

Les cas pour lesquels les agents formés déclarent avoir consulté le plus les protocoles sont, par ordre d'importance:

- Maladies sur grossesse (41%)
- Réanimation du nouveau-né (37%)
- Nouveau-né infecté (37%)
- Hémorragie de la grossesse (30%)
- Menace d'accouchement prématuré (30%)

Dans le Borgou/Alibori, il semble que les agents n'aient jamais consulté les protocoles pour la CPN/ CPoN/accouchement normal/ PF, la prise en charge des IST et la prévention des infections. Par contre dans les départements du sud, il s'agit plutôt de l'éclampsie au cours du travail d'accouchement, les troubles de l'érection et l'accueil, pour lesquels les protocoles n'ont pas été consultés.

Tableau 15: Utilisation des protocoles par les agents pour l'offre des soins

Modalités	Total	
	fréq.	%
Identifie le protocole approprié	4/68	6%
Identifie le protocole approprié et donne la démarche adéquate	64/68	94%

Il a été demandé aux agents enquêtés d'utiliser les protocoles pour résoudre un cas-type. La quasi-totalité des agents formés (94%) dans tous les départements a été capable d'identifier le protocole approprié pour résoudre le cas proposé et de suivre la démarche adéquate.

La grande majorité des agents formés (94%) trouvent que les protocoles sont utiles pour la prise en charge des cas reçus. Seuls quatre agents sur 34 dans le Borgou/Alibori ne les ont pas trouvés utiles.

Lorsqu'ils ont été interrogés, les prestataires ont déclaré les avoir utilisés pour:

- Prendre en charge correctement les cas

- Poser un bon diagnostic
- Prendre une décision

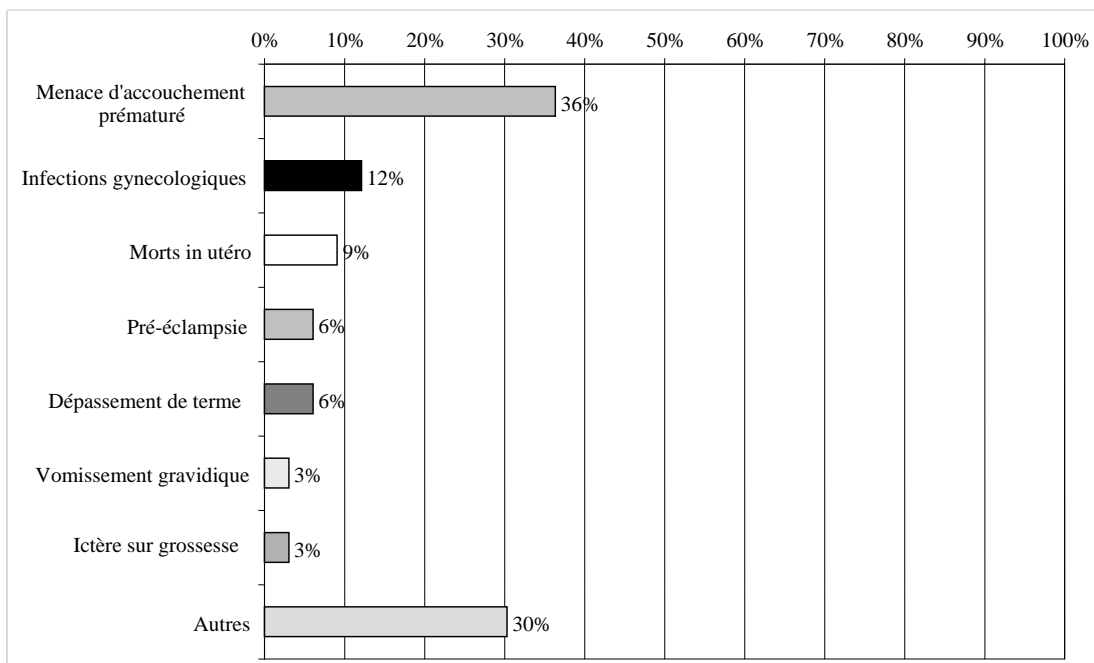
Une sage femme du Borgou a déclaré:

"L'utilisation des protocoles de services de SF me facilite la tâche et m'aide à prendre des décisions rapidement au cours de la prise en charge des cas"

Une sage femme tutrice du Borgou a témoigné:

"Au début de la formation par tutorat, la responsable des sages-femmes était vraiment réticent. Elle ne voulait rien entendre du rôle que je pouvais jouer au sein de l'équipe de soins. Elle pensait que j'allais prendre sa place. Mais au bout d'un certain temps, ayant constaté le soin avec lequel nous prenions en charge les malades et comment nous éliminions les seringues, les aiguilles et autres objets souillés, elle a enfin compris...Elle m'a appelé pour me dire qu'il fallait que je me mette à la disposition de mes collègues en vue de les aider à améliorer les compétences"

Graphique 13: Domaines que les agents ont fait face à non inclus dans les protocoles



Il a été demandé aux agents s'ils avaient été confrontés à des cas qui ne sont pas actuellement pris en compte par les protocoles. Les cas les plus fréquemment cités par les 33 agents qui ont répondu incluent la menace d'accouchement prématuré (12/33), les infections gynécologiques (4/33) et les morts in utéro (3/33).

Il faut cependant noter qu'en dehors de la malnutrition, les autres cas cités ci-dessus sont déjà pris en compte par les protocoles, ce qui témoigne d'une insuffisance de lecture ou d'utilisation des protocoles par certains agents formés.

Disfonctionnements dans les protocoles

L'investigation plus poussée menée par les tuteurs et l'analyse des rapports du tutorat ont révélé que les protocoles suivant devraient être révisés:

Volet femme

- Troubles du cycle menstruel
- Ménopause
- Anémie et grossesse
- Drépanocytoses et grossesse
- Avortement et soins post-partum

Composantes communes

- PF (NORPLANT®)

Volet enfant

- Réanimation du nouveau-né

De plus, des protocoles devraient être ajoutés pour les cas cliniques suivants:

- Ictères et grossesse
- Diabète et grossesse
- Grossesses arrêtées (mort in utero)
- Masse abdomino pelvienne et grossesse (kyste, myome, ascite)
- Menace d'avortement prématuré
- Crise d'éclampsie chez la gestante non en travail
- Terme dépassé
- Végétation vénérienne (crêtes de coq) IST
- Conduite à tenir devant un engorgement mammaire
 - o abcès du sein
 - o crevasse du sein
- Crise d'éclampsie du post partum
- Pré éclampsie
- Prise en charge de l'enfant de 0 à 15 ans
- Traitement des troubles mineurs du cycle chez une femme en désir de maternité
- Prise en charge des oedèmes isolés pendant la grossesse
- Prise en charge d'une albuminurie isolée ou associée à des oedèmes sans hypertension artérielle
- Grossesse nerveuse/non désirée

- Conduite à tenir devant une patiente avec un désir de maternité

Organisation/Structuration du document des protocoles

Pour mesurer l'appréciation des agents formés sur l'accessibilité à l'information dans les protocoles, il leur a été demandé de donner leur opinion sur quatre aspects de la reliure des documents des protocoles:

- Le degré de facilité de recherche de l'information
- La reliure
- La présentation des documents

Tableau 16: Appréciation des prestataires sur la facilité de la recherche de l'information dans les protocoles

Modalités	Total	
	fréq.	%
Très facile	5/75	7%
Facile	51/75	68%
Difficile	19/75	25%

Comme le montre le tableau ci-dessus, 75% des agents formés trouvent qu'il est facile ou très facile de chercher des informations dans les protocoles. Pour ceux qui pensent le contraire les raisons évoquées sont:

- Erreur de pagination
- Présentation en paysage
- Pages brillantes à la lumière artificielle

En ce qui concerne la reliure, les agents interrogés pensent que la reliure actuelle permet de:

- ouvrir facilement les documents (64%)
- conserver les documents longtemps (54%)
- accéder rapidement à l'information en présence d'une cliente (62%)

Par contre, la majorité des agents (69%) pensent que le même document ne peut être utilisé à plusieurs postes au même moment.

Quelques suggestions ont été proposées, notamment:

- Reliure en anneau
- Rendre la couverture plus résistante (cartonnée et/ou plastifiée)
- Coudre avec fil et non agrafé
- Relier les trois volets ensemble
- Reliure par activité et par poste
- Mettre dans un classeur

La présentation des protocoles de services niveau par niveau conviendrait à 56% des agents formés ainsi que la présentation des parties des protocoles en couleur (73%). Par ailleurs, 85% des agents aimeraient également une présentation des protocoles sous forme d'affiches murales, par poste de travail.

Les extraits des protocoles suivants ont été cités:

- *"Réanimation du nouveau-né"*
- *"Prendre en charge le nouveau-né infecté"*
- *Prendre en charge le placenta praevia"*
- *"Prendre en charge les hémorragies de la délivrance"*
- *"Surveillance du travail d'accouchement"*

Enfin, la grande majorité des agents interviewés (86%) déclarent que les manuels des protocoles sont attrayants.

L'analyse plus détaillée des dysfonctionnements au niveau des protocoles menée en Octobre 2002 par les tuteurs, a mis en exergue la nécessité de:

- traiter l'hypertension artérielle chez la femme enceinte et ses complications dans un même chapitre
- documenter la physiologie de la pré ménopause et de la ménopause
- expliquer la prise en charge physiologique et le traitement hormonal substitutif
- définir les posologies et les durées de traitement
- harmoniser le test du travail d'accouchement

Il a également fait ressortir des besoins en affiches et autres supports IEC (boite à image) par rapport aux thèmes suivants

➤ ***Affiches***

Volet femme

- Prise en charge de la pré éclampsie
- Conduite à tenir et éléments de surveillance du post-partum normal
- Conduite à tenir et éléments de surveillance du post partum pathologique
- Conduite à tenir devant un placenta praevia
- Gestes essentiels à faire au cours des CPN du 1^e au 3^e trimestres
- Hémorragie de la délivrance
- Crises d'éclampsie pendant le travail
- Grossesse extra utérine

Volet enfant

- Conduite à tenir pour la réanimation du nouveau-né

- Eléments de diagnostic d'ictères physiologiques et d'ictères pathologiques
- Diagnostic de souffrance fœtale néonatale
- Diagnostic d'infection néonatale

Prévention des infections

- Préparation de solution chlorée diluée à 0,50 % à partir de l'eau de javel concentrée en pourcentage ou en degré

➤ ***Boîte à image***

- IST/SIDA
- PF

Clarté/Lisibilité du document des protocoles

Tableau 17: Avis des prestataires enquêtés lors du suivi sur la taille de l'écriture et la lisibilité des protocoles de services

Modalités	Total	
	fréq.	%
Taille satisfaisante	63/75	84%
Taille trop petite	19/75	25%
Facile à lire	67/75	89%
Difficile à lire	8/75	11%

84% des agents interviewés déclarent que la taille de l'écriture est satisfaisante et 89% des agents disent que les protocoles sont faciles à lire.

Parmi les agents qui ont trouvé la taille trop petite ou le document difficile à lire, les raisons évoquées sont les suivantes:

- Le papier brillant la lumière
- Taille réduite de la police.

Concernant les autres aspects en rapport avec la clarté et la lisibilité des protocoles, 80% des agents formés déclarent que le glossaire comporte tous les mots/expressions utiles à la compréhension.

Par rapport à la compréhension des protocoles, la majorité des agents formés (77%) déclarent qu'il n'y a pas de passages difficiles à la compréhension.

Conditions de travail

L'enquête a retenu une liste minimale de matériels nécessaires pour l'application correcte des protocoles. Il a été demandé à chaque agent formé de dire si ce matériel est disponible ou non dans son centre.

65% des agents interrogés déclarent disposer du matériel requis pour l'application des protocoles. Pour les 35% restants, le matériel qui manque concerne principalement:

- le matériel de réanimation du nouveau-né (58%)
- le petit équipement/consommable pour la prévention des infections (tablier, lunette, bottes, eau de javel, savon liquide) et les autres petits équipements (pinces utérines, trotteuse, etc.) (42%)

Cette situation ne permet pas une bonne application des protocoles notamment pour la prise en charge du nouveau-né ictérique et la réanimation du nouveau-né et pour l'application des mesures de prévention des infections.

Tableau 18: Disponibilité du matériel technique selon le type de matériel et le département selon l'inventaire

Modalités	Borgou/ Alibori	Atlantique, Littoral, Mono/Couffo	Total
Prévention des infections	75%	80%	77%
Matériel de consultation maternité	85%	90%	87%
Matériel de la salle d'accouchement	93%	95%	94%
Matériel de référence & contre référence	46%	56%	51%
Matériel d'injection	84%	77%	80%
Matériel de chaîne de froid	90%	92%	91%

L'inventaire dans les formations sanitaires enquêtées a révélé qu'en général, le niveau de disponibilité du matériel technique varie de 51% à 94%. Les niveaux de disponibilité les plus élevés concernent la salle d'accouchement (94%) et la chaîne de froid (91%). Le niveau de disponibilité le plus bas concerne la référence et contre référence (51%). A ce sujet, ce qui manque le plus souvent, ce sont les conditions pour une application efficace des références, notamment la micro assurance santé et une radio téléphone fonctionnel.

En ce qui concerne le matériel de consultation de maternité, celui-ci est disponible à 87% dans les formations sanitaires. Ceci est une condition favorable pour l'application du protocole relatif à la prise en charge la consultation prénatale (CPN). D'après les résultats, le matériel/équipement/consommables pour la salle d'accouchement est le matériel le plus disponible dans les formations sanitaires (plus de 94%). Ce matériel est important pour appliquer par exemple le protocole relatif à la prise en charge de l'accouchement normal.

Tableau 19: Disponibilité du matériel de prévention des infections selon le type de formation sanitaire et le département

Formation sanitaire ⁶	Nombre	Département				
		Borgou/ Alibori	Atlantique	Littoral	Mono/ Couffo	Total
CCS	25	73%	85%	83%	81%	81%
CSCU	4	83%	-	79%	75%	79%
CSSP	5	67%	62%	-	83%	71%
HZ	10	75%	75%	83%	81%	78%
Maternité Lagune	1	-	-	92%	-	92%
Total	45	74%	74%	84%	80%	80%

⁶ CUGO non comprise

La disponibilité du matériel de prévention des infections permet d'appliquer les protocoles relatifs aux IST/SIDA et de protéger le personnel soignant et les clients. Il est recommandé d'avoir ce matériel en totalité et en permanence dans toutes les formations sanitaires compte tenu de la gravité de l'infection par le VIH.

L'existence en bon état des matériels ci-après a permis d'apprécier la disponibilité du matériel de prévention des infections:

- incinérateur
- matériel de stérilisation
- matériel de décontamination
- matériel d'élimination des objets pointus
- matériel de protection du prestataire (gant de ménage, blouse, tablier, lunettes, botte/tapette, Callot)
- savon liquide et antiseptique local

En général le matériel de prévention des infections est disponible à 80% dans les formations sanitaires. Dans la plupart des formations sanitaires, les matériels qui manquent le plus souvent sont l'incinérateur et le matériel de protection des prestataires.

Tableau 20: Disponibilité du matériel/équipement/ pour la référence/contre référence par type de formation sanitaire et selon le département

Formation sanitaire	Nombre	Département				
		Borgou/ Alibori	Atlantique	Littoral	Mono/ Couffo	Total
CCS	25	42%	50%	37%	50%	45%
CSCU	4	50%	-	62%	25%	46%
CSSP	5	50%	37%	-	62%	50%
HZ	10	50%	50%	75%	75%	62%
Maternité Lagune	1	-	-	100%	-	100%
Total	45	48%	46%	69%	53%	61%

La disponibilité du matériel/équipement et d'un système de référence/contre référence est appréciée sur l'existence en bon état des éléments suivants:

- à la salle de consultation maternité: table d'examen, spéculum, gants, doigtiers, tensiomètre et stéthoscope, thermomètre, mètre ruban, pèse personne, toise, bandelette/réactif (albumine sucre), stéthoscope obstétrical, carte maternelle, carnet de santé, cahier de GARE, registre C5, algorithme des IST/VIH/SIDA
- à la salle d'accouchement: table d'accouchement, bassin de lit, boîte d'accouchement complète (two pinces de Kocher, 1paire de ciseaux et 1sonde urinaire), montre murale/réveil avec trotteuse, pèse bébé, tableau d'Apgar, coin de réanimation bien disposé avec matériel de réanimation (vue sur la vulve de l'accouchée), manuel de protocoles services de SF et

- pour le système de référence et de contre référence: radio téléphone fonctionnel, moyen de transport accessible (moto/véhicule), micro-assurance santé, fiche de référence/contre référence

Dans toutes les formations sanitaires le matériel /équipement de référence et contre référence manque à 40% environ. Seule la maternité Lagune dispose de toute la logistique. Les matériels qui font souvent défaut dans les formations sanitaires sont le radio téléphone fonctionnel et la micro assurance santé.

Les CCS sont moins dotés en équipement de référence que les autres niveaux. De plus, les formations sanitaires du Littoral et du Mono/Couffo semblent mieux dotées que les autres départements.

Tableau 21: Disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires par type de formation sanitaire et selon le département

Médicaments	Borgou/ Alibori	Atlantique, Littoral, Mono/Couffo	Total
Soluté	85%	77%	81%
Antibiotiques	77%	79%	78%
Antipaludiques	96%	93%	95%
Antipyrétiques	99%	90%	94%
Antianémiques	98%	98%	98%
Antihypertenseurs	31%	48%	39%
Tocolytiques	47%	76%	61%
Ocytociques/ utérotoniques	70%	81%	75%
Antispasmodiques	91%	95%	94%
Tranquillisants/ anticonvulsivants	60%	70%	65%
Vit k1 + mébendazole	63%	75%	70%
Vaccins	78%	79%	78%

L'application correcte des protocoles des services de SF requiert la disponibilité permanente des médicaments listés dans le tableau ci-dessus. L'enquête a révélé des ruptures de stocks. Les médicaments les plus disponibles sont antianémiques (98%), les antipyrétiques (94%), les antipaludiques (95%) et les antispasmodiques (94%). Les médicaments les moins disponibles sont les antihypertenseurs (39%), les tocolytiques (61%) et les tranquillisants/anticonvulsivants (65%). La situation est identique entre les départements du nord et ceux du sud à l'exception des tocolytiques qui ne sont disponibles qu'à 47% dans le Borgou/Alibori.

Les solutés

Les protocoles prévoient la prise obligatoire d'une voie veineuse avant toute référence et à toute femme en travail d'accouchement. Pour cela, les solutés (sérums salé et ou glucosé, Ringer lactate) devraient être disponibles dans toutes les formations sanitaires.

L'enquête a révélé que les solutés sont disponibles à plus de 80% dans toutes les formations sanitaires. La disponibilité en soluté est plus faible dans l'Atlantique du fait qu'un HZ ne disposait d'aucun soluté au moment de l'enquête.

Les antibiotiques

L'infection fait partie des principales causes de mortalité/morbidité materno-infantile (infections urinaire, néonatale et puerpérale, avortements...) et plusieurs protocoles ne peuvent être appliqués sans les antibiotiques. L'enquête a révélé que les antibiotiques sont disponibles à 77% dans toutes les formations sanitaires, l'Atlantique ayant la disponibilité la plus faible (70%).

Les anti-hypertenseurs

La toxémie gravidique et l'éclampsie font partie des quatre premières causes de décès maternel et sont à la base de plusieurs cas de prématurité. Les anti-hypertenseurs constituent l'arme principale dans le traitement de l'HTA sur grossesse et la prévention de ses complications.

Ils ne sont disponibles qu'à 28% dans les CCS et à 58% dans les hôpitaux de zones. Cette situation ne permet donc pas l'application des protocoles

Les tocolytiques

Les tocolytiques sont des médicaments qui permettent d'appliquer les protocoles en rapport avec la prise en charge la menace d'accouchement prématuré. A ce titre, ces médicaments devraient être toujours disponibles à tous les niveaux pour prévenir la prématurité et contribuer à la réduction de la mortalité néonatale.

Les résultats de l'enquête ont révélés que les tocolytiques sont disponibles à 80% dans toutes les formations sanitaires. Ils sont plus disponibles dans les hôpitaux de zone et dans les CSCU. Le Littoral semble mieux doté que les autres départements.

Les utérotoniques

Les utérotoniques sont disponibles à plus de 80% dans toutes les formations sanitaires, davantage dans le Littoral que dans les autres départements. Ils sont plus disponibles dans les hôpitaux de zone et à la Maternité Lagune que dans les formations sanitaires périphériques. Cette situation est conforme aux prescriptions des protocoles qui recommandent une utilisation limitée de ces produits dans les CCS et CSSP sans bloc. Ceci permet une bonne application des protocoles pour la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance et l'accouchement dystocique.

Les tranquillisants/convulsivants

Les tranquillisants/convulsivants sont des médicaments qui permettent de prendre en charge par exemple l'éclampsie ou les convulsions chez le nouveau-né. Ainsi leur utilisation permet d'arrêter la crise et de protéger le cerveau. Ces médicaments devraient donc être toujours disponibles à tous les niveaux.

D'après les résultats de l'enquête, les tranquillisants/convulsivants ne sont disponibles qu'à 64% dans toutes les formations sanitaires. Ils sont moins disponibles dans les CCS, et dans l'Atlantique (52%) comparé aux autres départements;

Les vaccins

Dans la lutte contre la mortalité infantile, l'efficacité de la vaccination a été prouvée. Depuis 15 ans, le Bénin développe un programme élargi de vaccination qui comporte les vaccins BCG, DTC, Polio, VAR et VAT. Ces vaccins sont gratuits et largement disponibles au niveau de la chaîne de froid nationale.

Les résultats de l'enquête ont révélé que les vaccins ne sont disponibles qu'à 80% dans les formations sanitaires. Ils sont moins disponibles dans le Mono (74%) que dans les autres départements.

Vitamine K1 et Mébendazole

La vitamine K1 est nécessaire pour la prévention et le traitement des maladies hémorragiques du nouveau-né. Les protocoles prescrivent une injection de vitamine K1 à tout nouveau-né à la naissance. En conséquence, ce médicament devrait être disponible dans toutes les formations sanitaires. De même, le mébendazole est un médicament indispensable à la prévention des anémies parasitaires chez la femme enceinte.

Des résultats de l'enquête il ressort que ces deux produits sont disponibles seulement à 67% dans les formations sanitaires. Ils sont plus disponibles dans l'Atlantique que dans les autres départements et particulièrement plus disponibles dans les CCS que dans les autres formations sanitaires.

Utilisation du guide d'auto-apprentissage par les prestataires et les tuteurs/ prestataires

Le guide d'auto apprentissage comprend ou contient les activités suivantes qui doivent être exécutées par l'agent de santé:

1. Auto évaluation des connaissances au début de l'auto apprentissage;
2. Documentation des cas de SF reçus au cours de prestations
3. Lecture des protocoles et identification des difficultés;
4. Etudes des cas;
5. Auto évaluation finale

Remplissage du questionnaire d'auto évaluation

Les tuteurs et les prestataires ont rempli complètement le questionnaire d'auto évaluation dans une proportion de 85% dans le Borgou/Alibori contre 100% dans les départements du sud. Les agents du Borgou/Alibori qui l'ont fait partiellement donnent pour raisons:

- la négligence (3/5)
- l'attente du tuteur (1/5)
- la mauvaise compréhension (1/5)

Correction du questionnaire d'auto évaluation

En ce qui concerne la correction du questionnaire, les enquêtés (prestataires et tuteurs) du Borgou/Alibori l'ont fait complètement à 55% contre 92% chez leurs homologues des départements du sud. Dans le Borgou/Alibori, la proportion des tuteurs (90%) ayant rempli complètement le questionnaire d'auto évaluation est largement supérieure à celle des prestataires (39%).

Pour ne l'avoir pas corrigé ou partiellement, les enquêtés régions le justifient par:

- une mauvaise compréhension de l'utilisation du questionnaire
- un manque de temps

Enregistrement des cas

Les cas reçus ont été enregistrés dans le guide par 67% des tuteurs et prestataires du Borgou/Alibori contre 100% des enquêtés des deux départements du sud.

Dans le Borgou/Alibori, c'est surtout les tuteurs qui enregistrent mieux les cas (80%) contre 61% chez les prestataires. Pour ceux qui n'ont pas enregistré les cas reçus, ils évoquent en général la mauvaise compréhension des instructions (3/11). Cet état de chose est surtout rencontré chez les prestataires (4/9). Pour les tuteurs, la raison principale est que les cas reçus sont immédiatement envoyés à la maternité.

De plus, 58% des tuteurs et prestataires ont enregistré correctement les cas reçus contre 100% chez leurs homologues des départements du sud.

Pour les prestataires et tuteurs qui n'ont pas bien enregistré les cas, les éléments qui manquent sont:

- des erreurs dans la pagination
- l'enregistrement inachevé
- le diagnostic présumé ne figure pas

Les cas les plus souvent enregistrés dans le guide d'auto – apprentissage sont:

- les infections uro-génitales /IST/ infections sur grossesse
- les accouchements dystociques et ruptures prématurées des membranes
- les avortements incomplets/menaces d'avortement
- les maladies chez le nouveau-né et l'enfant
- les maladies chez la femme enceinte
- la réanimation du nouveau-né

Utilisation des fiches de lecture et de résolution des études de cas

Les fiches de lecture des prestataires et tuteurs du Borgou/Alibori indiquent les protocoles lus et les difficultés rencontrées dans 55% des cas. Cette proportion est de 86% chez leurs homologues des départements du sud. L'ensemble des tuteurs et prestataires a complètement rempli la fiche de résolution des études de

cas dans une proportion de 48% dans le Borgou/Alibori contre 97% dans le Mono/Couffo, Atlantique/Littoral.

Les raisons évoquées par ceux qui ne l'ont pas rempli ou partiellement sont:

- un traitement inachevé
- la mauvaise compréhension

La fiche de synthèse des difficultés indique chez 45% des prestataires et tuteurs du Borgou/Alibori, les problèmes majeurs rencontrés par eux au cours de l'auto apprentissage contre 86% chez leurs homologues des départements du sud.

Remplissage du questionnaire d'auto évaluation finale

Le questionnaire d'auto évaluation a été complètement rempli par 52% de l'ensemble des tuteurs et prestataires du Borgou/Alibori contre 97% chez leurs homologues des départements du sud.

Les prestataires et tuteurs qui ont rempli partiellement le questionnaire ont évoqué comme raisons:

- Une mauvaise compréhension du mode d'utilisation du guide (4/17)
- Un manque de temps /négligence (3/16)

45% des tuteurs et prestataires du Borgou/Alibori ont rempli le questionnaire d'auto évaluation contre 94% chez leurs homologues du Mono/Couffo, et de l'Atlantique/Littoral. La grande majorité des tuteurs et prestataires qui a corrigé le questionnaire d'auto évaluation a fait une comparaison des résultats pour mesurer les progrès.

En résumé, toutes les activités liées au remplissage du guide d'auto apprentissage sont mieux exécutées par les enquêtés des départements du sud. Ce constat pourrait s'expliquer par les raisons suivantes:

- Ces derniers interviennent tous à la maternité où les protocoles des services de SF sont plus utilisés, ce qui n'est pas le cas dans le Borgou/Alibori où une proportion non négligeable d'agents formés ne mènent pas d'activités de maternités (infirmiers travaillant dans les dispensaires).
- Les agents enquêtés dans les départements du sud sont toutes des Sages-femmes diplômées d'Etat (à l'exception d'une Infirmière de Santé) tandis que ceux du Borgou/Alibori sont des infirmiers.

Mise en œuvre des plans d'action

A l'issue de la formation, les agents (prestataires et prestataires/tuteurs) ont préparé individuellement et ou en groupe, des plans d'action. Les plans préparés reflétaient de façon générale des activités de SF à innover ou à améliorer dans leurs services respectifs, à savoir:

- a) la prévention de l'infection
- b) la santé de la mère (par exemple, CPN, travail d'accouchement, prise en charge des complications, utilisation du cathéter, etc.)

- c) la santé de l'enfant (soins aux nouveaux nés, la réanimation du nouveau-né, pansement ombilical).

En plus des activités ci-dessus, les agents de santé avaient aussi pris en compte les activités visant l'abandon des pratiques inadéquates discutées plus haut dans ce rapport.

Les données collectées par observation et ou par entretien, montrent, par type de cible, dans quelles mesure les actions planifiées ont été réalisées.

Pour les prestataires

Dans le Borgou/Alibori, il faut noter que tous les plans d'actions ont été réalisés au moins à 50%. Les prestataires de Bembèrèkè/Sinende (23%) et de Malanville/Karimama (8%) ont réalisés entre 50% et 75% des actions qu'ils avaient planifiées. Les prestataires de Banikoara (31%), de Bembèrèkè/Sinende (23%) et de Malanville/Karimama (15%) ont réalisé les actions entre 75% et 100%. Les prestataires des CCS ont plus réalisé leur plan d'action que leurs homologues des HZ probablement à cause des lourdeurs administratives.

Dans l'Atlantique, le Littoral, le Mono/Couffo, il faut noter qu'un prestataire n'a pu atteindre 50% de réalisation des actions planifiées. 27% des prestataires ont réalisé leur plan d'action entre 50% et 75% et 67% des prestataires entre 75 et 100%.

Tuteurs

Dans le Borgou/Alibori, 67% des tuteurs de le HZ de la ZS de Malanville/Karimama sont les seuls à avoir réalisé entre 50 et 75% de leurs plans d'action.

Dans l'Atlantique, le Littoral, le Mono/Couffo, tous les tuteurs ont réalisé leur plan d'action entre 75 et 100% à l'exception d'un tuteur qui a réalisé son plan d'action entre 50 et 75%.

Exemples de réalisation des plans d'action et d'utilisation des protocoles

A l'issue de deux visites d'encadrement au CCS Central de Gbegamet (Cotonou-Zone 6), le tuteur a fait ressortir dans son rapport ce qui suit:

"Avec la prestataire, nous avons pu faire un accouchement gémellaire, des consultations prénatales et des consultations d'enfants sains. Grâce à l'utilisation des protocoles de service de SF, on a pu détecter des facteurs de risque lors des consultations prénatales à savoir: femme drépanocytose (SC), femme de petite taille (1m 42) et on a su référer vers un centre plus spécialisé pour une surveillance plus accrue. Nous avons remarqué que les plans d'actions correctrices sont élaborés, affichés et en cours d'exécution. Le cadre dans lequel travaille la prestataire est agréable. La tenue réglementaire est propre. L'ambiance de travail est bonne. La rencontre avec le Médecin chef est fructueuse. Il est disponible. La prestataire a fait bon usage des protocoles de SF et du guide d'auto apprentissage. L'hygiène et la prévention des infections sont bien menées. L'accueil y est tout au long des consultations prénatales, le partogramme est bien tracé."

A la Maternité Lagune dans le Littoral, le tuteur a écrit dans son rapport:

"[...] Il a été en effet noté: Le respect des règles de prévention des infections. Les agents en tenue correcte de travail (tenue recommandée). Un accueil chaleureux, un interrogatoire bien mené, l'agent remercie, raccompagne et rappelle le rendez-vous à la patiente. Un bon counseling pendant le pré test avec une mise en confiance totale dans la confidentialité. Examen fait dans la chronologie (selon les protocoles). Partogramme bien tracé au cours de la surveillance avec tous les éléments mentionnés. Les examens complémentaires habituels sont demandés (GS- RH – Tx d'hb. Hte, Electrophorèse de l'Hb, Alb – sucre, TPHA etc.)".

Au Centre de Santé de la sous-préfecture de Houéyogbé dans le Coffou, l'encadreur tuteur met ceci en évidence dans son rapport:

"Au cours de la deuxième journée, nous avons mené comme activité la consultation du post-partum immédiat des accouchées. Ma prestataire a ouvert les protocoles et ensemble nous avons consulté les accouchées sans oublier les bébés.

La troisième journée a commencé par un accouchement gémellaire qui a donné naissance à deux jumelles. La délivrance a été naturelle selon le mode de Baudelocque. L'accouchée est vaccinée. Le partogramme est bien tracé également. L'utilisation des protocoles nous a permis de bien diriger l'accouchement et de faire correctement les soins.

Les Points forts sont: l'utilisation des protocoles, la mise en application du plan d'action, les anciennes clientes sont vaccinées au premier contact et les cartes maternelles sont remplies systématiquement au cours de la consultation prénatale"

Difficultés rencontrées pour la réalisation des plans d'action

Selon les agents interrogés, les principales difficultés rencontrées pour l'exécution des plans d'actions sont résumées dans le tableau suivant:

Tableau 22: Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des plans d'action

Modalités	Effectif	Fréquence	%
Manque de matériel et de consommable d'entretien	53	11	21
La réticence des patients aux examens	53	6	11
Problèmes d'ordre financier	53	5	9
Manque de matériel de réanimation	53	4	8
Oubli du processus des soins	53	4	8
Pas de véhicule d'évacuation (Ambulance)	53	4	8
Réticences par rapport à l'application des protocoles	53	3	6
Vol ou mauvaise utilisation de l'accoutrement de la salle des accouchements	53	2	4
Manque de financement pour confection accoutrement	53	1	2
Non disponibilité du personnel de garde pour les séances de restitution	53	1	2
La formation sur les notions d'urgence n'a pas eu lieu pour non disponibilité du médecin	53	1	2

Les difficultés majeures dans la mise en œuvre des plans d'actions inclues: le manque de matériel et de consommable d'entretien (21%), la réticence des patientes aux examens gynécologiques (11%), les problèmes d'ordre financier, le manque de matériel de réanimation, l'oubli du processus des soins, le manque de véhicule d'évacuation (ambulance). Par ailleurs, 29% des prestataires n'ont pas signalé de difficultés particulières.

Des suggestions ont été faites et qui concernent principalement:

- les besoins en matériel: par exemple, armoire pour rangement de matériel de protection et le matériel de protection lui – même, achat ou don de consommable ou matériel de prévention des infections.
- les besoins en personnel

Les autres suggestions incluent:

- la sensibilisation des communautés;
- le renforcement de la supervision des agents et de la bonne collaboration;
- l'intégration des activités du tutorat au plan d'actions de la ZSs

Perceptions des prestataires sur le tutorat

Perception de l'appui reçu au cours du tutorat

Après la formation classique, les prestataires devraient recevoir deux visites des tuteurs. Dans le Borgou/Alibori, 58% des prestataires disent avoir reçu deux visites et 78% dans l'Atlantique/Littoral et le Mono/Couffo.

Une des premières tâches du tuteur était de faire une analyse des centres tutorés. Cette analyse devrait faire aboutir à un plan d'actions correctrices en rapport surtout avec les problèmes liés à l'organisation du service, l'hygiène et la propreté du centre et les conditions d'équipement et de tenue des documents. La majorité des tuteurs du Borgou/Alibori (85%) ont fait une analyse de la situation desdits centres contre 48% des tuteurs de la région sud. Cette activité a été menée avec le personnel de la formation sanitaire dans 65% des cas dans le Borgou/Alibori contre 82% dans le sud. Dans le Borgou/Alibori, les COGEC/COGEA et/ou les membres de la Communauté ont été associés dans 31% des cas contre 18% dans le Mono/Couffo et l'Atlantique /Littoral.

Pendant le séjour des tuteurs dans les centres, les plans d'actions correctrices ont été élaborés dans 70% des cas dans le Borgou/Alibori. Cette proportion n'est que de 35% pour la région sud du fait que des plans d'actions correctrices avaient déjà été élaborés lors de l'introduction du tutorat. Ce travail a été fait presque partout avec l'équipe de santé dans 95% des cas dans le Borgou/Alibori et 88% des cas dans la région sud.

L'application de ces plans est partielle dans 79% dans le Borgou/Alibori et 75% dans le sud. Les raisons souvent évoquées pour expliquer une application incomplète de ces plans sont:

- le manque d'équipement
- la résistance de certains au changement
- le défaut de changement/complexité des procédures administratives.

Dans 85% des cas dans le Borgou/Alibori et 70% des cas dans le sud, les tuteurs ont aidé les prestataires à mieux utiliser les protocoles des services de SF. Cette assistance a permis de:

- résoudre des cas ensemble avec le tuteur (43%)
- prendre en charge les avortements et les IST/SIDA (33%)
- traiter des exercices /mettre à jour la table des matières (17%)
- prendre en charge des maladies chez le nouveau-né (9%)
- former sur la prise de veine au cathéter.

Les prestataires qui disent ne pas avoir été aidés l'expliquent par le fait que le tuteur était en congé/absent ou par le fait que les protocoles étaient moins utilisés au dispensaire.

74% des prestataires dans le Borgou/Alibori et 61% dans la région sud estiment que les tuteurs les ont aidés à mieux organiser les services dans les domaines ci-après:

- répartition des tâches /intégration des services
- organisation du service
- organisation du travail

- propreté/entretien des locaux/hygiène

Selon les prestataires, l'introduction du tutorat dans les centres a aidé à améliorer les conditions de travail dans les domaines ci-après:

- dotation en petit matériel, matériel de prévention de l'infection (Parmi ces prestataires, plus de la moitié estime avoir bénéficié de matériel et consommables de prévention des infections)
- amélioration de la collaboration entre les différentes catégories du personnel

De plus, les prestataires déclarent avoir reçu de feed-back favorable de la communauté sur l'accueil et la qualité des soins.

Disponibilité et utilité du guide d'auto-apprentissage

Au moment de l'enquête, 70% des prestataires du Borgou/Alibori et 96% de ceux du sud possédaient un guide d'auto- apprentissage. Pour ceux qui ne l'avaient pas, les raisons évoquées incluaient l'égarement du document et le fait que le document été laissé au tuteur pour un feed-back.

Quant à son utilisation, 39% des prestataires du Borgou/Alibori contre 100% des prestataires du sud ont déclaré l'avoir utilisé. Pour ceux qui l'ont utilisé partiellement ou pas du tout, les raisons généralement avancées sont:

- la surcharge de travail/manque de disponibilité
- la négligence
- l'absence du tuteur
- la mauvaise compréhension des instructions

81% des prestataires du Borgou/Alibori et 83% de ceux de la région sud qui ont utilisé ce guide l'ont trouvé utile. Ils ont déclaré que cela leur a permis de se familiariser avec les protocoles de services de SF et de renforcer leurs compétences à prendre en charge des cas.

Appui reçu au cours de l'auto-apprentissage.

Au cours de l'auto-apprentissage, 63% des prestataires du Borgou/Alibori contre 78% dans la région sud disent avoir reçu l'appui d'un tuteur. Cet appui a consisté à les aider à:

- résoudre des études de cas
- traiter des cas réellement rencontrés
- mieux utiliser les protocoles

Les raisons évoquées par ceux qui estiment ne pas avoir reçu d'appui du tuteur au cours de cet exercice sont variables:

- pas de tuteur
- raison de santé/absence/ négligence
- tuteur surchargé

Perception de l'effet/utilité du tutorat

89% des prestataires du Borgou/Alibori et 87% des prestataires de la région sud estiment que le tutorat a renforcé l'appui aux activités des centres. Les exemples les plus cités sont:

- protection du personnel/prévention des infections/hygiène et assainissement
- intégration des services et des activités
- amélioration de la fréquentation du centre
- amélioration de l'accueil.

L'utilité du tutorat est reconnue dans les mêmes proportions dans le Borgou/Alibori et dans les départements du sud. Elle s'est concrétisée dans les domaines suivants:

- amélioration de l'accueil
- meilleure coordination/collaboration
- meilleure prise en charge des cas.

Pour 78% des prestataires du Borgou/Alibori et 87% de ceux du sud, la combinaison des approches auto-apprentissage et tutorat a été utile pour l'application des protocoles des services de SF. Selon eux, cette synergie:

- facilite et améliore l'application des protocoles des services de SF
- permet de poser des diagnostics sûrs
- renforce les compétences pour une bonne utilisation des protocoles

Perception des prestataires/tuteurs sur le tutorat et l'auto-apprentissage

Perception de l'appui reçu

Presque tous les prestataires/tuteurs des deux régions disent avoir reçu la visite d'un tuteur soit national soit départemental.

Selon tous les agents tutorés du Borgou/Alibori, au cours de son séjour, le tuteur national ou départemental a fait l'analyse de la situation, contre 75% pour ceux tutorés dans la région sud. Cette analyse a été faite avec:

- l'équipe de santé seule (63% des cas dans le Borgou/Alibori contre 33% dans les autres départements)
- l'équipe de santé et les membres du COGEC (25% dans le Borgou/Alibori et 56% dans les départements du sud)

Au terme du séjour du tuteur national ou départemental, un plan d'actions correctrices a été élaboré avec 83% des tuteurs /prestataires enquêtés dans le sud contre 100% de ceux enquêtés au Bourgou/Alibori. Ce plan a été préparé avec l'équipe de santé dans 67% des cas dans le Borgou/Alibori et 70% des cas dans les départements du sud. Dans 33% des cas pour le Borgou/Alibori et 20% des cas

au sud, les membres du COGEC ont été également associés à la préparation des plans.

Selon 67% des prestataires/tuteurs du Borgou/Alibori et 20% de l'Atlantique/Littoral et Mono/Couffo, ce plan a été complètement appliqué. Les raisons qui sous-tendent l'application partielle chez les autres sont:

- insuffisance de moyens financiers
- manquent d'équipement
- longue attente des clientes
- affectation du collaborateur

Les prestataires/tuteurs pensent que l'introduction du tutorat a aidé à améliorer les conditions de travail des agents tutorés dans les domaines ci-après:

- acquisition de matériel de prévention des infections
- acquisition de petit équipement
- meilleure collaboration/bonne ambiance de travail
- meilleure coordination des activités
- acquisition de mobilier et d'autres équipements

La rétro information reçue a abordé les points suivants:

- intégration des services/activités
- amélioration des pratiques de la prévention de l'infection/ entretien des locaux.
- appréciation positive de l'accueil
- compliments de la part des chefs et des malades.

Disponibilité et utilité du guide auto -apprentissage

89% des prestataires/tuteurs disposaient de leur guide d'auto-apprentissage au moment de l'enquête dans le Borgou/Alibori contre 100% dans le sud. Pour ceux qui ne l'avaient pas avec eux, soit ils l'avaient laissé chez eux, soit ils ont déclaré l'avoir égaré.

L'utilisation de ce guide est complète chez 83% des prestataires/tuteurs du Borgou/Alibori contre 100% pour leurs homologues enquêtés dans les départements du sud. Pour ceux qui l'ont partiellement utilisé ou non, la principale raison évoquée est le manque de temps ou le problème de disponibilité.

Tous les prestataires/tuteurs l'ont trouvé utile. Cette utilité est appréciée à travers:

- l'amélioration des prestations de soins
- l'aide à la compréhension et l'utilisation des protocoles
- l'aide à l'auto évaluation
- l'aide à la mise à jour des connaissances.

Appui reçu au cours de l'auto –apprentissage

Tous les prestataires/tuteurs déclarent avoir reçu un appui au cours de l'auto–apprentissage. Cet appui provient de:

- PROSAF spécifiquement pour ceux du Borgou/Alibori
- DDSP/Coordonnateur national du tutorat, Equipe d'Encadrement de Zone (EEZ) et équipe de formateurs pour les deux régions enquêtées.

Perception de l'effet/ utilité du tutorat

Les prestataires/tuteurs des deux régions enquêtées estiment que le tutorat a renforcé l'appui aux activités du centre, notamment pour:

- l'intégration des services
- la propreté du centre/prévention des infections/ meilleure prise en charge
- l'amélioration de la fréquentation du centre
- la réorganisation

Tous les prestataires/tuteurs des départements enquêtés dans le sud et dans une moindre mesure (92%) pour ceux du Borgou/Alibori, estiment que le tutorat a été utile. Cette utilité est reconnue dans les domaines suivants:

- renforcement des compétences/connaissances
- prévention des infections /hygiène/propreté.

Tous les médecins – coordonnateurs/ médecins /formateurs pensent que le tutorat est actuellement accepté dans les zones sanitaires des deux régions enquêtées.

Leur affirmation est soutenue par:

- l'appréciation des agents tutorés par les communautés
- l'envie exprimée par les autres agents non tutorés de bénéficier aussi de cette approche de formation
- l'engagement des agents à mettre en œuvre les activités du tutorat

Pour les prestataires/tuteurs, la combinaison des deux approches a été utile pour l'application des protocoles. Les exemples d'utilité de cette combinaison qui ont été cités incluent:

- le renforcement des connaissances/compétences
- une meilleure utilisation des protocoles.

75% des Médecins-coordonnateurs et formateurs du Borgou/Alibori contre 94% de leurs homologues des départements du sud, ont constaté des changements imputables à l'introduction de l'approche " tutorat ". Les changements les plus perceptibles selon eux seraient:

- la protection du personnel (habillement)
- l'hygiène et l'assainissement des centres (propreté)

- les mesures de prévention des infections (matériel bien entretenu)
- utilisation effective des protocoles lors de l'offre des soins
- meilleure organisation du travail
- amélioration de l'accueil.

Perception des prestataires sur l'utilité des approches tutorat et auto apprentissage

D'une manière générale, les prestataires du Borgou/Alibori et ceux des départements du sud ont apprécié l'appui reçu au cours du tutorat principalement dans les domaines ci-après:

- utilisation des protocoles
- appui organisationnel (organisation des services, réorganisation des mobiliers et relations interpersonnelles).

Les prestataires et tuteurs, aussi bien du Borgou/Alibori que ceux des départements du sud, ont reconnu que le tutorat a aidé à améliorer la collaboration entre le personnel des formations sanitaires. Le tutorat est une méthode appropriée pour aider à l'application des protocoles au niveau opérationnel. Par le tutorat, la dotation en petit équipement et matériel de prévention de l'infection est unanimement reconnue aussi bien par les prestataires que par les tuteurs.

Si le guide d'auto apprentissage est disponible et utilisé par l'ensemble des prestataires et tuteurs de l'Atlantique/ Littoral et Mono/Couffo, dans le Borgou/Alibori, ce document est quatre fois plus utilisé par les tuteurs que par les prestataires. Ce qui dénote de l'intérêt de cette approche pour l'amélioration des performances des agents.

Le guide d'auto apprentissage est jugé plus utile par les tuteurs que les prestataires (92% contre 81%) dans le Borgou/Alibori, et par 100% des tuteurs et 87% des prestataires dans les départements du sud. Ce constat est le fait de l'utilisation plus fréquente du guide par les tuteurs. Pour les enquêtés ayant utilisé le guide, tous ont estimé que cet outil leur a permis de renforcer leurs compétences et d'améliorer les prestations de soins.

La perception de l'effet/utilité du tutorat est bonne aussi bien chez les prestataires que chez les tuteurs. Les domaines d'utilité reconnus par tous sont:

- l'intégration des services/activités
- la protection du personnel
- la prévention de l'infection
- l'hygiène/assainissement

La combinaison des deux approches --auto apprentissage et tutorat-- pour l'application des protocoles des services de SF est mieux perçue par les tuteurs que les prestataires.

Les principales innovations liées au tutorat et reconnues par les deux catégories d'agents sont:

- l'amélioration de l'accueil
- la prévention des infections
- l'intégration des services

Perception des tuteurs sur l'utilité et l'acceptation des approches tutorat et auto apprentissage par les prestataires

L'avis des tuteurs en ce qui concerne l'acceptation des approches est mitigé. 55% des tuteurs estiment que l'auto apprentissage n'est pas totalement acceptée par les prestataires dans le Borgou/Alibori. Par contre tous les tuteurs et 87% des prestataires des départements du sud estiment que l'approche auto apprentissage est totalement acceptée. Pour ceux qui pensent que l'approche n'est pas acceptée, ils l'expliquent de la façon suivante:

- le manque de motivation
- des difficultés dans l'utilisation du guide
- les contraintes de temps

Pour assurer une utilisation continue de l'auto apprentissage, les tuteurs suggèrent:

- un meilleur suivi/supervision/rencontre entre tuteurs
- la formation de tous les infirmiers (ères) et sages – femmes sur les protocoles des services de SF et leur donner le guide d'auto apprentissage

Pour améliorer/poursuivre l'approche tutorat, les médecins-coordonnateurs et les formateurs ont pour leur part suggéré:

- d'améliorer la motivation des tuteurs
- d'augmenter le nombre de tuteurs
- de mettre en place un mécanisme de suivi des agents tutorés

82% des tuteurs pensent que l'approche tutorat est acceptée au niveau des formations sanitaires du Borgou/Alibori contre 100% dans les départements du sud. Pour ceux qui pensent le contraire (2 sur 11) les raisons évoquées sont:

- réticence au changement d'habitude
- manque d'information sur l'approche

Les tuteurs ont suggéré pour faire accepter totalement le tutorat:

- un tuteur par centre au minimum
- un suivi régulier
- une prise en charge des agents tutorés
- la sensibilisation des communautés et le personnel sur les bienfaits du tutorat.

Tous les tuteurs pensent que leur travail est utile aux prestataires. Ils le justifient par:

- l'acquisition de nouvelles connaissances
- l'amélioration de la qualité des soins

Les autres raisons évoquées incluent la satisfaction des clientes, le recours régulier au tuteur et une meilleure intégration des services/activités

La totalité des tuteurs pensent que l'utilisation des deux approches a été utile pour la dissémination des protocoles de services de SF. Ils disent que les deux approches sont complémentaires car le tutorat renforce les connaissances acquises par auto apprentissage.

Perception des tuteurs par rapport à leurs tâches

Volume de travail

31% des tuteurs ont fait deux visites tel que prescrit. Notons que 46% des tuteurs ont visité au moins deux centres. Trois tuteurs ont pu tutorer cinq centres. 78% des tuteurs ont effectué au moins deux visites dans les centres tutorés.

Facteurs de performance

► Connaissance des tâches

Sur les quatre tâches assignées aux tuteurs, sept sur 11 savent en quoi consistent leurs tâches dans le Borgou/Alibori contre 11/13 dans les départements du sud enquêtés à savoir:

- l'analyse de la situation du centre
- la planification des actions correctrices
- l'organisation des services
- l'encadrement des prestataires pour renforcer leurs compétences

73% des tuteurs ont discuté au moins une fois de leurs tâches avec un superviseur dans le Borgou/Alibori et 92% dans les départements du sud:

- lors de la supervision de l'EEZ
- suivi organisé par DSF
- au cours des suivis du PROSAF dans le Borgou/Alibori
- à la supervision des tuteurs nationaux

55% des tuteurs du Borgou/Alibori n'ont pas rencontré de difficultés particulières dans l'analyse de la situation du centre et la planification des actions correctrices contre 31% dans les départements du sud. Les difficultés rencontrées se résument en:

- l'exiguïté des locaux
- des difficultés financières pour réaliser le plan d'action

- la non disponibilité du personnel, la réticence des collègues qui n'ont pas suivi la formation (le personnel pense qu'on le dénigre devant la population lors de la restitution de l'analyse).

82% des enquêtés du Borgou/Alibori estiment avoir rencontré des difficultés liées à l'organisation des services contre 62% de leurs homologues des départements du sud. Elles sont:

- la réticence/difficulté pour le changement des habitudes du personnel.
- l'insuffisance des locaux
- des conditions de travail peu favorables
- la gestion des conflits

L'appui aux prestataires à utiliser les protocoles de services de SF est perçu difficile par 55% des tuteurs du Borgou/Alibori contre 46% de ceux de la région sud. Les raisons qui justifient ces difficultés sont selon eux:

- pas de référence spontanée aux protocoles/difficultés à consulter les protocoles au cours des consultations
- l'absence de certains prestataires au poste
- la difficulté à appuyer les prestataires pour certains cas

69% dans le sud et 73% des tuteurs du Borgou/Alibori déclarent n'avoir pas éprouvé de difficultés à accompagner les prestataires dans l'utilisation des guides d'auto apprentissage. Ceux qui ont eu de difficultés ont évoqué pour raisons:

- le manque de temps/négligence
- des difficultés avec les questionnaires et les études de cas
- des difficultés à exploiter le guide
- le mauvais remplissage des guides par certains prestataires

C'est surtout dans l'organisation des services que les tuteurs éprouvent plus de difficultés.

► **Feedback sur leur travail**

Dans le cadre de leur travail, 91% des tuteurs du Borgou/Alibori contre 85% de ceux du sud déclarent avoir reçu du feed-back. Vu la diversité des sources de feed-back, on se rend compte qu'il n'y pas un système organisé en place. En effet, les sources de feedback citées par les tuteurs incluent:

- le tuteur national
- le médecin coordonnateur de zone
- l'équipe des DDSP
- les prestataires de services.

Selon les enquêtés, cette rétro information est utilisée pour mieux exécuter les tâches ou pour mieux faire appliquer les protocoles

Tenue des réunions de partage pour les tuteurs après chaque visite

Ces réunions sont institutionnalisées dans le sud (Atlantique/Mono) et se tiennent régulièrement avec l'implication de la DSF, des DDSP concernées et des tuteurs nationaux. Par contre au Nord (Borgou/Alibori), elles ne sont ni systématiques ni sont régulières.

Degré d'implication des acteurs (superviseur) dans la phase du tutorat

L'implication des superviseurs/acteurs est totale et intense à tous les niveaux: National (DSF), intermédiaire (DDSP) et opérationnel (EEZ et Médecins-chefs) dans le sud. Dans le Borgou/Alibori, on note une implication appréciable de la DDSP, du PROSAF et dans une moindre mesure une implication des acteurs du niveau opérationnel (EEZ).

Par ailleurs, il est à signaler que dans le sud on a le ratio: une tuteur pour deux prestataires et dans le Nord, on a: une tuteur pour quatre prestataires sans oublier le fait que les distances à parcourir par les tuteurs du Borgou/Alibori sont plus importantes alors qu'aucune EEZ n'a planifié cette activité dans son budget programme.

Constats et recommandations

Leçons apprises sur le processus de dissémination

1. Les activités post-formation pour la dissémination des protocoles des services de SF sont mieux exécutées dans les départements du sud enquêtés.

Les facteurs ayant favorisé cet état de choses pourraient être:

- les prestataires et les tuteurs sont des sages-femmes diplômées d'Etat travaillant effectivement dans des structures où les protocoles sont censés être plus utilisés.
 - tous les tuteurs ont suivi les deux phases de formation dans les deux départements du sud.
 - Tous les Médecins-coordonnateurs/Médecins-Chefs de Centres de Santé et les chefs services des maternités des hôpitaux (St Luc, CHD- Maternité Lagune, hôpital de Ouidah, etc.) ont été orientés sur l'approche et formés à l'utilisation des protocoles.
 - La mise en œuvre des plans d'actions élaborés par eux-mêmes a facilité l'atteinte des objectifs de leurs collaborateurs (budget élaboré, approvisionnement en matériel de la prévention des infections). Ils ont joué un rôle de suivi de proximité.
2. La tenue systématique et régulière des réunions de concertation des tuteurs, formateurs, chef de Service Santé Familiale a été très efficace dans les deux départements du sud. De plus, le degré d'implication des acteurs à tous les niveaux (DSF, DDSP, EEZ, MC) a été très intense au sud.
 3. Le ratio tuteurs/prestataires (1/2) dans le département du sud a favorablement contribué à un meilleur suivi des prestataires.
 4. On note en dépit des résultats mitigés obtenus dans les départements du Borgou/Alibori une forte détermination de la part des acteurs à s'approprier l'approche.
 5. On constate une forte implication du PROSAF dans tout le processus dans les départements du Borgou/Alibori.
 6. La perception de l'effet/utilité du tutorat est bonne aussi bien chez les prestataires que chez les tuteurs.
 7. Les instructions pour une utilisation optimale du guide d'auto apprentissage ne sont pas suffisamment comprises par les acteurs.

Recommandations

Pour la mise en œuvre correcte des prochaines étapes de la dissémination des protocoles des services de SF, l'équipe du présent suivi suggère:

En direction du BMSP

- Restituer les résultats du suivi à tous les acteurs afin qu'ils prennent les dispositions requises pour corriger les insuffisances relevées;
- Utiliser les approches expérimentées dans les départements du sud pour une meilleure diffusion et application des protocoles par le personnel au niveau opérationnel;
- Capitaliser l'expérience du groupe de formateurs/tuteurs nationaux ayant accompagné le processus dans les départements enquêtés;
- Mettre en place un système/mécanisme de motivation des agents afin de dynamiser l'expérience;
- Mettre à la disposition des formations sanitaires de petits matériels/équipements pour soutenir l'expérience.

A l'endroit des Directions Départementales de la Santé Publique et des Zones Sanitaires

- Intégrer le suivi de l'application des protocoles aux plans d'action des DDSP et des Zones
- Faire un plaidoyer en direction des partenaires au développement pour un appui technique, matériel et financier du processus.

Leçons apprises sur les protocoles de services de SF

1. Applicabilité du document des protocoles

Tels que conçus, les protocoles sont applicables puisque:

- la majorité des agents formés ont trouvé que les protocoles sont utiles pour la prise en charge des cas,
- la majorité des agents formés utilisent effectivement les protocoles.
- pour l'offre de soins les agents formés sont capables d'identifier le protocole approprié et connaissent la démarche adéquate.

2. Organisation/ structuration du document des protocoles

La recherche des informations dans les protocoles semble facile et rapide, cependant le document présente des insuffisances en ce qui concerne la forme et le fond:

- problème de pagination au niveau du sommaire qui ne correspond pas aux pages du document
- problème de la qualité du papier qui brille sous la lumière artificielle
- problème de la reliure actuelle qui ne facilite pas l'utilisation du document à plusieurs postes au même moment
- problème des cas cliniques incomplètement ou non pris en compte par les protocoles

Des suggestions ont été faites en ce qui concerne:

- présentation des protocoles niveau par niveau;
- utilisation de la couleur des parties des protocoles;
- présentation de certaines parties des protocoles sous forme de posters.

3. Clarté/lisibilité du document des protocoles

Le document des protocoles est attrayant et ne présente aucune partie confuse ou difficile à lire.

4. Conditions de travail

Les conditions de travail actuelles sont bonnes mais ne permettent pas une application optimale des protocoles dans toutes les formations sanitaires à cause du manque de certains matériels et médicaments, notamment:

- Le cathéter intraveineux;
- Le matériel de protection du prestataire pour la prévention des infections;
- Le matériel de référence et contre référence;
- Les médicaments (antihypertenseurs, tocolytiques et tranquillisants/ anticonvulsivants).

En résumé, il est possible de dire que les protocoles sont disponibles et applicables. Leur utilité est reconnue par les agents formés. Cependant il est souhaitable d'améliorer la forme des documents et de tenir compte des dysfonctionnements identifiés par les tuteurs. De plus, les conditions de travail sont favorables pour une application efficace des protocoles mais elles méritent d'être améliorées.

Recommandations

En direction du BMSP

- Revoir les documents de protocoles afin d'en améliorer la forme et le fond.
Spécifiquement:
 - Revoir le sommaire de façon à ce que les pages correspondent aux pages du document
 - Utiliser un papier mat pour l'impression des protocoles afin de faciliter la lecture sous lumière artificielle
 - Utiliser une reliure qui facilite l'utilisation des protocoles à plusieurs postes au même moment. Par exemple, présenter les protocoles sous forme de feuillets ou livrets mobiles
 - Faire des couvertures de couleurs différentes, reprendre les couvertures avec anneaux et plastifier la couverture
 - Considérer la possibilité de:

- faire une reliure par niveau et utiliser les couleurs
- présenter certaines parties des protocoles sous forme de posters ou aide-mémoire
- o Intégrer les commentaires apportés par les tuteurs et les prestataires en ce qui concerne le fond (voir corps du rapport)

A l'endroit des Directions Départementales de la Santé Publique et des Zones Sanitaires

- Sensibiliser les gestionnaires des centres sur la nécessité d'acquérir le matériel et équipement nécessaires à une application optimale des protocoles. Il s'agit notamment des cathéters intraveineux, le matériel de protection pour la prévention des infections, les médicaments.
- Le personnel des centres de santé devrait inciter les COGEC à mettre en place un système de micro assurance santé pour la référence

A l'endroit de la DSF et des Directions Départementales de la Santé Publique

- Améliorer le système de communication entre les centres pour la référence
- Compte tenu de la réticence des populations par rapport aux évacuations dues à la non utilisation des ocytociques, étudier les possibilités de donner l'autorisation aux sages femmes d'utiliser des ocytociques dans certains centres
- Former toutes les sages femmes pour l'AMIU
- Former les agents villageois de santé (AVS) en prévention de l'infection
- Former les AVS en tracé du partogramme

Leçons apprises sur l'approche tutorat

1. L'approche tutorat est bien acceptée par les prestataires, les tuteurs, les médecins coordonnateurs de zone et les formateurs.
2. Il faut noter que dans l'ensemble, l'utilisation des IS dans le Borgou/Alibori n'a pas affecté la qualité du travail des tuteurs.
3. La mise en œuvre du tutorat dans le Borgou/Alibori a connu quelques insuffisances, notamment:
 - L'insuffisance de formation de certains tuteurs (3 tuteurs n'ont pas reçu la formation pratique en tutorat)
 - L'insuffisance d'implication de certains acteurs (certains médecins coordonnateurs de zone/gestionnaires de programmes n'avaient pas reçu suffisamment d'information/formation sur l'approche "tutorat");

Cela a eu pour conséquence:

- la non intégration des activités des tuteurs dans le plan d'actions des zones ayant entraîné une insuffisance de suivi des prestataires par les tuteurs

- l'insuffisance de clarification des rôles/tâches des tuteurs parmi les prestataires/communautés/gestionnaires
 - l'insuffisance de partage des informations sur les activités entre les tuteurs eux mêmes et avec un coordonnateur de zone
 - le manque de coordination; cause de conflits des activités du tutorat avec les autres activités du département
4. Enfin, la diversité des sources de rétro information et de motivation suggère qu'il n'existe pas de systèmes structurés pour les tuteurs dans ces domaines. Il faut cependant noter que la situation actuelle semble satisfaire l'ensemble d'entre eux.

Leçons apprises sur l'auto apprentissage

1. L'approche auto apprentissage est bien acceptée aussi bien des tuteurs que des prestataires mais l'utilisation du guide auto apprentissage a des limites. En effet, le suivi a permis de constater:
 - La négligence de la part de certains prestataires et/ou le manque de temps par rapport à son utilisation
 - L'utilisation incomplète des outils par certains prestataires à cause d'une mauvaise compréhension des instructions

Leçons apprises sur la combinaison des deux approches: tutorat/auto apprentissage

- Elle est globalement bien acceptée par les acteurs (prestataires/tuteurs/gestionnaires) car elle a facilité et amélioré l'application des protocoles et a permis une meilleure prise en charge des cas.

Recommandations

- Orienter les médecins et les coordonnateurs de zone et la DDSP sur les protocoles et les approches de dissémination
- Intégrer le suivi de l'application des protocoles au plan d'action des zones sanitaires
- Faire la formation pratique des trois tuteurs
- Restituer les résultats du suivi à tous les acteurs afin qu'ils prennent les dispositions requises pour corriger les insuffisances relevées (suivi, clarification des rôles/tâches des tuteurs, ...)

Conclusion

Le suivi des agents formés à l'utilisation des protocoles de services de SF avait pour principal but d'évaluer l'adéquation des protocoles de services de SF et l'efficacité de l'approche utilisée pour leur dissémination.

Les résultats de ce suivi montre que globalement, les protocoles de services de SF sont relativement faciles à utiliser, qu'ils sont applicables, accessibles et disponibles. L'adéquation et l'efficacité de l'approche de la dissémination des protocoles ont été reconnues par la plupart des acteurs aux différents niveaux. Il faut noter qu'un certain nombre de facteurs ont influencé positivement la mise en œuvre de la stratégie de dissémination. Il s'agit notamment de:

- L'implication active du BMSP (DSF, DRH/CPNFT)
- L'appui des services départementaux de SF (mobilisation des tuteurs)
- L'encadrement de proximité
- Le suivi rigoureux de l'équipe d'encadrement
- La collaboration entre les partenaires
- La planification à la base
- L'implication des MCZ et des MC
- La sensibilisation des COGEC

Certains aspects restent cependant encore à améliorer en ce qui concerne la forme et le fond du document des protocoles. De plus, des dispositions devront être prises pour palier aux difficultés suivantes qui ne facilitent pas l'application des protocoles:

- Manque ou insuffisance de petits matériels. Par exemple, les prestataires ont relevé le manque d'eau de Javel, l'inexistence d'éosine pour le pansement ombilical, l'accès difficile au stéthoscope ombilical ou le manque de gants de révision utérine.
- Un cadre inapproprié de travail dans certaines formations sanitaires. Par exemple, un prestataire a noté:
«Les femmes ne peuvent plus faire leur confiance. Elles sont reçues en consultation presque au même endroit que les autres qui attendent leur tour »
- La résistance aux changements de la part de certains spécialistes par manque d'informations. Ainsi, certains gynécologues et pédiatres font obstruction à la mise en œuvre des protocoles car ils croient encore à ce qu'ils font.
- Les conflits de compétences. Par exemple, certains prestataires refusent d'accompagner le processus d'application des protocoles seulement parce qu'ils ne sont pas formés comme leurs collègues. Ils refusent systématiquement les innovations.
- Les lacunes dans les compétences de base pour certains prestataires. Les prestataires montrent de grandes lacunes dans la prévention de l'infection, alors

que cette compétence est transversale et s'applique dans plusieurs protocoles. Il en est de même pour la prise d'un abord veineux.

Un des objectifs du suivi était d'évaluer également les changements post formation au niveau des connaissances et des compétences des prestataires de services de santé et des tuteurs/formateurs. Les résultats montrent une nette amélioration des niveaux de connaissances en rapport avec le contenu des protocoles et le développement de compétences à l'utilisation des protocoles, particulièrement dans les départements du sud. Le suivi a également montré quelques changements/innovations dans les services suite à l'application des protocoles de services de SF, notamment en ce qui concerne le nombre moyen de jours pendant lesquels les services de SMI sont offerts, la prévention des infections et l'utilisation des cartes maternelles pendant le suivi de la grossesse.

Ces résultats sont globalement très encourageants et militent pour une extension de cette approche de dissémination à d'autres départements. Se faisant, les éléments suivants devront être pris en considération:

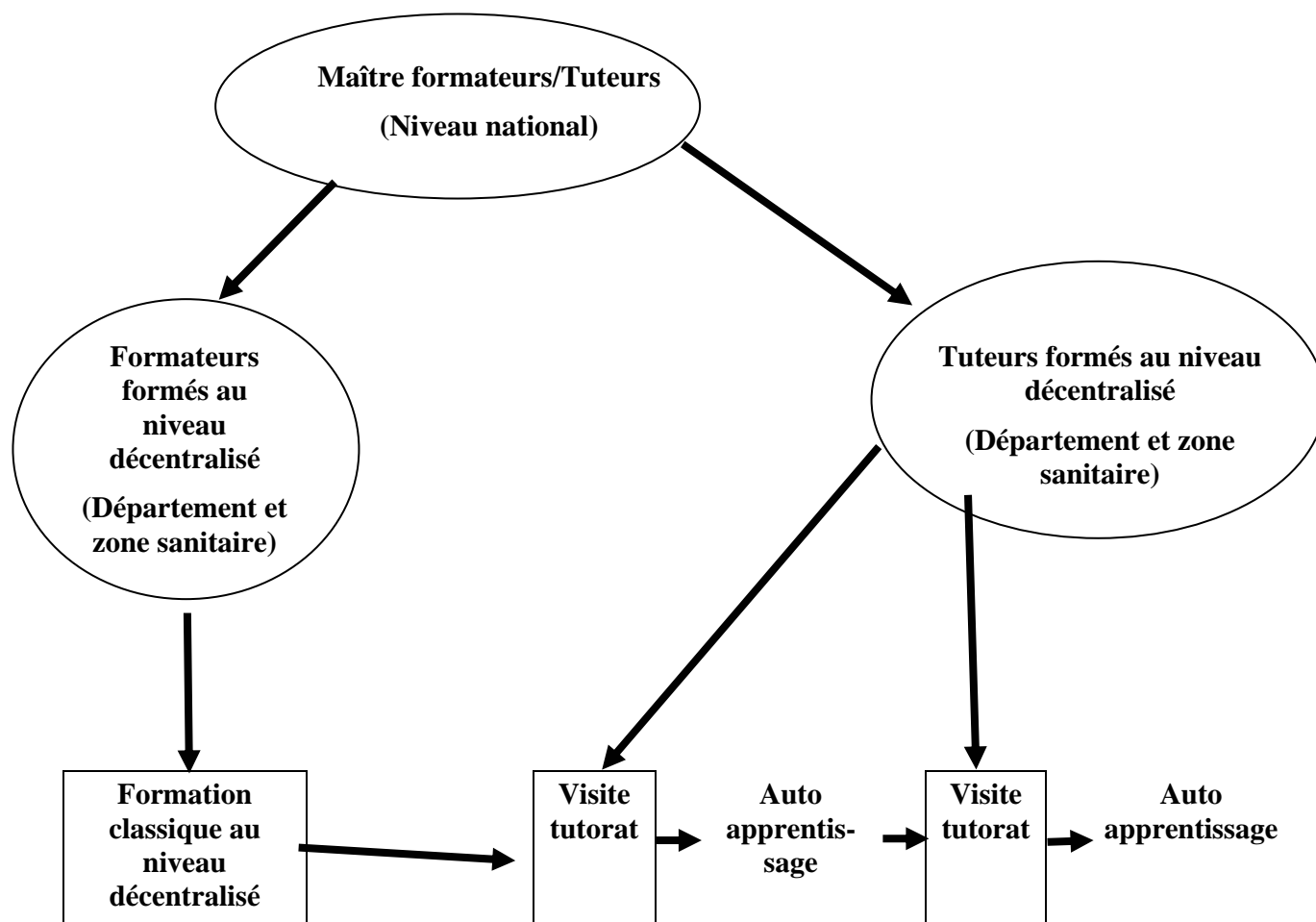
- Impliquer les partenaires dans les prochaines étapes (dissémination des résultats du suivi)
- Actualiser le document de politique, normes et standards de services de SF;
- Intégrer l'activité de dissémination des protocoles dans les plans opérationnels des DDSP et des ZS
- Renforcer le système de supervision formative
- Coordonner les formations à l'utilisation des protocoles et en SONU
- Disséminer les protocoles dans le contexte de l'amélioration de la performance des prestataires de services;
- Utiliser les données de ce suivi pour faire un plaidoyer au près des bailleurs de fonds en vue de mobiliser les ressources nécessaires à une dissémination effective des protocoles.

Annexe 1: Thèmes retenus pour la formation classique

- Prévention de l'infection en milieu de soins
- Consultation prénatale
- Anémie chez la femme enceinte
- Infection urinaire chez la femme enceinte
- Hypertension artérielle et ses complications sur grossesse
- Crise d'éclampsie pendant le travail d'accouchement
- Hémorragie de la grossesse (GUE, avortement, en cours et placenta praevia)
- Accouchement normal
- Accouchement dystocique/ travail prolongé
- Hémorragie pendant le travail d'accouchement
- Fièvre pendant le travail d'accouchement
- Prise en charge syndromique des IST
- Prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA
- Post partum normal
- Post partum pathologique
- Souffrance néonatale
- Nouveau-né ictérique
- Nouveau-né infecté

Annexe 2: Cadre conceptuel

Approche Combinée de Formation à l'Utilisation des Protocoles de Services de Santé Familiale



Annexe 3: Rapports de Suivi des Protocoles

Rapport 1

VOLET:

Composante:	2 CPN.....	page 31
Activité:	page

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape Harmoniser la posologie de Fer + Foldine dans le traitement préventif et curatif

Rapport 2

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à risque élevé	page 38
Activité:	N° 1 prendre en charge la GEU	page 38

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Prise en charge de la trompe saine.

Etape N° 5	Instaurer le traitement	page 40
------------	-------------------------------	---------

Niveau, HZ/CHD/CNHU.

Ajouter - Prendre en charge la trompe saine en per post opératoire.

- Faire les soins post opératoires

- antibiotique
- anti inflammatoire
- anti anémique

Rapport 3

VOLET: Femme

Composante:	N° 3 Maternité à moindre risque.....	page 56
Activité:	5 prendre en charge l'anémie chez une femme enceinte	page 56

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 58 Niveau CCS – Etapes N° 5 six pour l’abord veineux chez la femme anémie et la perfusion d’extran, nous proposons qu’on le remplace par du G10, sauf s’il y a une hémorragie associée – (risque d’OAP).

Page 59 Etape N° 8 – niveau HZ / CHD / CNHU – contrôler la NFS tous les mois. Compléter jusqu’à obtention d’une NFS normale → Tx d’Hb \geq 11g ldl.

Composante:	N° 3/Activité N° 5
- préciser l'utilité d'antibiothérapie systématique chez la femme enceinte anémiée	

En Particularité

- Certaines molécules utilisées dans les CCS et UVS n'nt pas une posologie bien définie (Fer foldine, Mébendazole, etc.)
- Il faut relataiviser la transfusion systématique chez la femme enceinte à Tx d'Hb < sept g/dl; car le fer foldine et les conseils d'hygiène diétiques sous surveillance peuvent suffire si la femme supporte son anémie

Rapport 4

VOLET: Femme

Composante:	3	page 60
Activité:	6	page 60

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 62 Etape N° 5 A tous les niveaux les éléments de surveillance de la femme: compléter la fréquence respiratoire.

Rapport 5

VOLET: Femme

Composante:	3	page 60
Activité:	6	page

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etapas N° 5 Page 62

Cas N° 1 Niveau CCS

- Corriger: Alpha Methyldopa 500 mg deux fois/jour per os au lieu de un g deux fois/jour.

Rapport 6

VOLET: Femme

Composante:	3	page 61
Activité:	6	page 61

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 4: Niveau CSSP / CSCU compléter la glycémie aux examens complémentaires

Rapport 7

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 64
Activité:	7 Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte	page 64

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 4: Niveau CSSP / CSCU compléter la glycémie aux examens complémentaires

Etapas N° 5/Page 66: la Transfusion d'échange systématique vers la fin de la grossesse à clarifier et à justifier. (Peut-être au niveau du CNHU).

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 65
Activité:	7 Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte	page 65

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 4: Niveau CSSP / CSCU compléter la glycémie aux examens complémentaires

Page 65 Niveau CCS/Etape N° 3: A la fin de l'examen ... référer vers un centre Médico-chirurgical compléter avec un abord veineux au cathéter.

Rapport 8

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 64
Activité:	7 Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte	page 64

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 66/Etape N° 5: Niveau CSSP / CSCU : dernier point si accouchement inopiné au CSSP/CSCU perfusion abondante de rhéomacrodex ou de Ringer: préciser la quantité.

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 69
Activité:	7 Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte	page 69

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/Page 71:

- 1) Inadéquation du traitement du paludisme avec la chloroquine:
 - Préciser le nombre exact de comprimé au niveau UVS
 - Préciser le nombre de comprimé pour la chimioprophylaxie aux différents niveaux.
- 2) Disparité dans l'application des protocoles du traitement du paludisme à base de quinine entre PNLP, SONU et protocoles DSF : Nécessité d'harmoniser les points de vue sur la dose.

NB: Le traitement parentérale du paludisme grave ne se réfère qu'au vomissement chez la femme enceinte, il est indispensable de l'évoquer aussi devant les autres signes de gravité (anémie, ictère etc.).

Rapport 9

VOLET: Femme

Composante:	N° 3 Maternité à Moindre Risque/GARE.....	page 70
Activité:	N° 8 Paludisme chez la femme enceinte.....	page 70

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etapas 5: de boire beaucoup d'eau ou lui donner des sachets de SRO.

- Donner à boire à la parturiente en déshydratation avant la référence à éviter.

Rapport 10

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 77
Activité:	10 Prendre en charge la drépanocytose chez la femme enceinte	page 77

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 80/Etape N° 5: Instaurer le traitement. Nous suggérons avoir la CAT en cas de la présence de bacille gram négatif à l'ECBU.

Rapport 11

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité à moindre risque/grossesse à élevé.....	page 77
Activité:	7 Prendre en charge l'infection urinaire chez la gestante	page 77

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

- Etape N° 4: Examen complémentaire en grand nombre exiger l'essentiel
- Etape N° 5: Instaurer (antiseptique non prescrit est-ce un oubli)
 - L'utilisation des antibiotiques pendant combien de jours?
 - Tocolyse les produits à préciser Page 80
 - En cas d'hyperthermie associer traitement curatif du paludisme.

Rapport 12

VOLET: Femme

Composante:	N° 3 Maternité à Moindre Risque/GARE.....	page 82
Activité:	N° 11 Prendre en charge la menace d'avortement	page 82

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

- Préciser si nécessaire, l'utilité du diazépam dans la menace d'avortement.

Rapport 13

VOLET: Femme

Composante:	3	page 83
Activité:	11 prendre en charge la menace d'avortement	page 83

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape 4/Page 83/Niveau CSSP/CSCU.

Supprimer KOP?

VOLET: Femme

Composante:	3 Maternité a Moindre Risque/GARE	page 86
Activité:	12 prendre en charge les avortements et les soins du post abortum ..	page 86

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5 (terme >12 SA) faire le curage digital indiqué si le col est ouvert qu'à deux doigts.

Rapport 14

VOLET: Femme

Composante:	N° 4 Maternité à moindre risque.....	page 97
Activité:	1 Prendre en charge un travail d'accouchement.....	page 97

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Abord veineux systématique au cours du travail d'accouchement, mais à la phase active?

Rapport 15

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à moindre risque/accouchement	page 101
Activité:	1 Prendre en charge l'accouchement normal.....	page 101

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 9/Niveau CCS: Prendre le pouls et non le poids.

Rapport 16

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque.....	page 102-104
Activité:	2 Prendre en charge l'accouchement dystocique pendant le travail	page 102-104

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 104/Etape N° 5 cas1:

Au niveau CCS ou CSSP/CSCU sans bloc Opérateur, la sage-femme peut: poser la perfusion de syntocinon et bien surveiller.

Rapport 17

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque pendant l'accouchement	page 109
Activité:	2 Prendre en charge l'accouchement dystocique.....	page 109

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 3 - Niveau UVS pour le NB: la durée de l'expulsion de l'enfant est de 30 mm. Si elle dépasse un h, il faut référer au Centre Chirurgical le plus proche: Nous proposons qu'on réfère après les 30 mm. Au lieu d'attendre un h de temps.

Rapport 18

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à moindre risque/accouchement	page 115
Activité:	2 Prendre en charge l'accouchement dystocique.....	page 115

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape E/Cas I Niveau CSSP/CSCU HZ/CHU – CNHU

Dernier tiret:

1. Ajouter sondage vésical + sac de sable
2. Remplacer le méthylergométrine par l'ocytocine.

Rapport 19

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque pendant l'accouchement	page 117
Activité:	3 Prendre en charge la rupture prématurée des membranes.....	page 117

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/Page 119: La durée d'antibiothérapie chez la mère et le nouveau-né dans la prise en charge de la rupture prématurée des membranes paraît insuffisante. Repréciser les doses et durées optimales de traitement.

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque pendant l'accouchement	page 117
Activité:	3 Prendre en charge la rupture prématurée des membranes.....	page 117

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/ Page 119: Instauration du traitement 119 cas n° cinq gestante non en travail sans complication référer (est-ce qu'il ne faut pas donner un délai avec un risque potentiel établi).

Rapport 20

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre	page 122
Activité:	3 Prendre en charge les crises éclamptiques pendant le travail	page 122

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/Page 123

- L'injection de catapressan ne maîtrise pas la TA pendant les huit heures préconisées dans les protocoles des services de SF. Que faire?
- Préciser le dosage du phénobarbital à injecter.

Rapport 21

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque.....	page 123
Activité:	4 Prendre en charge les crises éclamptiques pendant le travail	page 123

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/Page 123

- Ajouter Fréquence respiratoire et diurèse aux éléments de surveillance et gardéнал: Préciser le dosage: 200 mg.

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque.....	page 123
Activité:	4 Prendre en charge les crises éclamptiques pendant le travail	page 123

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5/Page 123/ Niveau CCS

Préciser la quantité de ringer lactate à perfuser. Le groupe propose 3l/24 h au maximum.

Rapport 22

VOLET: Femme

Composante:	4 Maternité à Moindre risque/accouchement.....	page 126
Activité:	5 Prendre en charge les crises éclamptiques pendant le travail	page 126

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Etape N° 5 Niveau CSSP/CSCU.

Ajouter au point 2: placenta praevia recouvrant aux cas référer.

Activité 6 Page 131 Prise en charge de PP non recourant est-ce qu'on ne peut pas faire accoucher si la dilatation est avancée (CCS).

Rapport 24

Composante:	1 planification familiale	page 50
Activité:	10 débuter une planification par Norplant®	page 50

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Page 51:

- 1) Dans les effets secondaires du Norplant® préciser si un des effets secondaires est bien la nostalgie qui est psychique.

Page 55:

- 2) Disparité dans le deuxième rendez-vous du Norplant® sur le terrain.
- 3) Effets secondaires: céphalées à la page 55. Notons qu'il y a une confusion entre le Nonistérat et le Norplant®.

Rapport 25

VOLET: Enfant

Composante:	1 Maternité à moindre risque/néonatalogie	page 10
Activité:	Activité: N° 3 réanimer le nouveau né en SA – aspiration bouche à bouche (quelle précaution pour la prévention de l'infection).....	page 10

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Dans oxygénation: préciser la quantité d'oxygène à donner.

VOLET: Enfant

Composante:	1 Maternité à moindre risque/néonatalogie	page 10
Activité:	Activité: N° 3 réanimer le nouveau né en SA – aspiration bouche à bouche (quelle précaution pour la prévention de l'infection).....	page 10

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Dans oxygénation: préciser la quantité d'oxygène à donner.

Rapport 26

VOLET: Jeunes

Composante:	N° 2	page 8
Activité:	N° 1	page 8

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

Dans oxygénation: préciser la quantité d'oxygène à donner.

Etape n°3 remplacer «désinfectés au formol» par gants DHN.

VOLET: Femme

Composante:	page 83
Activité:	11 et 12.....	page 83

Problème/Disfonctionnement par étape ou par activité (en indiquant la page):

CAT en cas de menace d'avortement sans hémorragie.

KOP (utilité) en cas de menace.

Document 4: l'utilisation du Diazépan est-il prescrit?