

Cadre pour la composante communautaire de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale



Unité Santé et développement
de l'enfant et de l'adolescent

Avant-propos

La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été élaborée par l'OMS conjointement avec l'UNICEF en vue de réduire la mortalité et la morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans et d'améliorer sa croissance et son développement. Cette stratégie représente un changement majeur puisqu'elle passe de l'ancienne approche programmatique, qui se concentrait sur les différentes maladies prises individuellement, à une stratégie intégrée qui se concentre sur l'enfant en tant que tout et sur l'environnement dans lequel l'enfant est né et se développe.

La stratégie comporte trois composantes principales qui visent à : 1) renforcer les compétences cliniques et capacités de soins ; 2) améliorer les systèmes de santé ; et 3) améliorer les pratiques communautaires de la prise en charge de l'enfant. Au départ, la stratégie était conçue pour être mise en œuvre dans les pays à faible revenu.

Cadre pour la composante communautaire de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant

La famille et la communauté jouent un rôle essentiel dans le développement de l'enfant. La composante communautaire de la stratégie PCIME vise à renforcer les capacités des communautés à prendre en charge les enfants malades et à promouvoir la santé et le développement de l'enfant. Il existe un besoin de longue date de faire passer les interventions de soins de santé de l'école et du centre de santé à la communauté. Bien que de nombreux projets et interventions, directement ou indirectement liés à la santé de l'enfant, existent au niveau communautaire, il y a eu un retard dans certains pays à intégrer de telles interventions dans une stratégie globale de prise en charge de l'enfant, comprenant une approche communautaire bien définie.

Ce document propose un cadre pour la prise en charge intégrée de l'enfant au niveau communautaire en vue d'orienter les responsables nationaux de la santé publique dans la planification des actions communautaires dans le contexte de la stratégie PCIME. Dans l'élaboration de ce cadre, l'attention a été portée sur la situation et les besoins des pays que dessert le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Ce cadre est conçu comme un processus dynamique qui incorporera les expériences vécues des différents pays.



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale



Unité Santé et développement
de l'enfant et de l'adolescent

Le Caire
2002

© Organisation mondiale de la Santé 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. Il peut cependant être librement commenté, résumé, reproduit et traduit, partiellement ou en totalité, mais non pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Imprimé par.....

Document WHO-EM/CAH/003/F/G/04.02/250

Avant-propos

La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été élaborée par l'OMS conjointement avec l'UNICEF en vue de réduire la mortalité et la morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans et d'améliorer sa croissance et son développement. Cette stratégie représente un changement majeur puisqu'elle passe de l'ancienne approche programmatique, qui se concentrait sur les différentes maladies prises individuellement, à une stratégie intégrée qui se concentre sur l'enfant en tant que tout et sur l'environnement dans lequel l'enfant est né et se développe.

La stratégie comporte trois composantes principales qui visent à : 1) améliorer les compétences cliniques et capacités de conseil des prestataires de santé ; 2) renforcer les systèmes de santé ; et 3) améliorer les pratiques familiales et communautaires de prise en charge de l'enfant. Au départ, la stratégie visait essentiellement les deux premières composantes. On accorde progressivement davantage d'attention à une stratégie plus complète de prise en charge intégrée de l'enfant, tenant compte de la santé, de la croissance et du développement de tout enfant - malade ou en bonne santé - amené dans un centre de santé ou soigné à domicile. L'accent porte maintenant sur la promotion de bonnes pratiques en matière de prise en charge de l'enfant au domicile et au sein de la communauté.

La famille et la communauté où vit l'enfant jouent un rôle majeur dans le développement de l'enfant. La composante communautaire de la stratégie PCIME vise à améliorer ces pratiques familiales. Il existe un besoin de longue date de faire participer activement la famille et la communauté, et de planifier et mettre en œuvre les interventions relatives à la prise en charge de l'enfant parallèlement dans le système de santé et dans la communauté. Bien que de nombreux projets et interventions, directement ou indirectement liés à la santé de l'enfant, existent au niveau communautaire, il y a eu un retard dans certains pays à intégrer de telles interventions dans une stratégie globale de prise en charge de l'enfant, comprenant une approche communautaire bien élaborée.

Ce document propose un cadre pour la prise en charge intégrée de l'enfant au niveau communautaire en vue d'orienter les responsables nationaux de la santé publique dans la planification des actions communautaires dans le contexte de la stratégie PCIME. Dans l'élaboration de ce cadre, l'attention s'est portée sur la situation et les besoins des pays que dessert le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Ce cadre est conçu comme un processus dynamique qui incorporera les expériences vécues des différents pays.



Dr Hussein A. Gezairy
Directeur régional
pour la Méditerranée orientale

Préface

Elaboration du cadre

Le cadre communautaire pour la prise en charge intégrée de l'enfant, élaboré par l'Unité Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH) du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, s'appuie essentiellement sur les discussions et les recommandations de la Consultation régionale conjointe OMS/UNICEF sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) qui s'est tenue à Alexandrie (Egypte) au mois de novembre 2000¹ et la réunion interpays sur la documentation et la composante communautaire de la PCIME qui a été organisée à Lattaquié (République arabe syrienne) au mois d'octobre 2001. D'autres éléments proviennent des discussions et préparations réalisées pour la composante communautaire de la PCIME lors des visites dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale ainsi que des expériences communautaires précédentes dans les pays. Ce cadre propose une approche en vue d'orienter la planification et la mise en œuvre de la composante communautaire de la stratégie PCIME.

En janvier 2001, une réunion organisée par le *Child Survival Collaboration and Resources (CORE)* Group et *BASICS II* à Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique) a mis au point le « Household and Community IMCI Implementation Framework » (Cadre de mise en œuvre de la PCIME au niveau des ménages et de la communauté), qui a dégagé de nombreux domaines clés qui avaient été identifiés précédemment lors de la Consultation d'Alexandrie, ce qui vient appuyer davantage le présent cadre régional du fait que ses éléments sont proposés comme étant des éléments clés dans d'autres régions également. Dans la présentation de ce cadre régional, on s'est efforcé d'utiliser une terminologie similaire à celle employée lors de la réunion du CORE, afin de faciliter l'élaboration future d'une stratégie mondiale. Le projet de manuel « Assessing and Utilizing Community and Social Support Systems in Health Maintenance And Treatment of Illness of Infants and Young Children » de Stephen L. Schensul, Martha J. Bojko et Colleen Foster-Bey (*Center for International Community Health Studies, University of Connecticut School of Medicine, United States of America*) a également été pris en compte dans la préparation de ce cadre.

¹ *Report of the regional consultation on integrated management of childhood illness (IMCI), Alexandria, Egypt, 19-23 November 2000.* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean 2001. (WHO-EM/CDD/086/E/L)

CADRE POUR LA COMPOSANTE COMMUNAUTAIRE DE LA STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DE L'ENFANT (PCIME)

Aperçu

Le cadre présenté ci-après comprend les deux aspects principaux suivants : la base sur laquelle la composante communautaire doit reposer ; et le processus de planification, consistant en étapes de planification, en développement des capacités, en analyse de la situation détaillée et en élaboration du plan.

Le partenariat constitue la base du cadre, aux niveaux central et de la mise en oeuvre. En vue de faciliter le processus de planification à ces niveaux, une liste des étapes de la planification est fournie. Le cadre comporte des détails relatifs aux différentes étapes.

Un plan complet pour la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant au niveau communautaire comporte cinq éléments spécifiques et suit plusieurs principes de planification. Les éléments spécifiques d'une stratégie de prise en charge communautaire de l'enfant sont les éléments-clés qui, pris ensemble, caractérisent spécifiquement l'approche PCIME par rapport aux interventions communautaires traditionnelles. Les principes de planification sont les principes essentiels qui doivent être pris en considération lors de la planification de la composante communautaire.

Une section relative aux indicateurs et aux cibles suit, en vue d'apporter des informations pratiques en matière de planification, étayées d'exemples sur le « flux d'indicateurs » dans un plan. Enfin, l'Annexe présente une liste des pratiques familiales clés en matière de prise en charge de l'enfant.

Base

Le processus de planification devrait permettre de rassembler les représentants de divers départements et programmes au sein du Ministère de la Santé – *partenariat dans l'ensemble du secteur* – ainsi que des établissements universitaires et d'autres partenaires intéressés par les interventions communautaires dans le pays concerné ou les soutenant (autres ministères le cas échéant, organisations non gouvernementales et secteur privé, organisations internationales) – *partenariat multisectoriel*. Une structure similaire devrait être créée au niveau de la mise en oeuvre (district et communauté) et dotée d'un mécanisme permettant d'échanger les informations et de tenir l'ensemble des partenaires informés des derniers développements. Le concept du Groupe de travail sur la PCIME chargé de la composante communautaire correspond parfaitement à cette approche. Ce partenariat dans l'ensemble du secteur et multisectoriel aux niveaux central et de la mise en oeuvre constitue une caractéristique tout à fait unique de la PCIME en tant que stratégie, par contraste avec l'approche traditionnelle de « programme ». La PCIME serait donc une opportunité clé permettant de coordonner les interventions relatives à la santé de l'enfant et de s'appuyer sur une vaste gamme d'expériences communautaires.

Le *partenariat* constitue la base du cadre, aux niveaux central et de la mise en oeuvre ...

Processus de planification

Aperçu

Le processus de planification est résumé dans les figures 1 et 2, sous forme de dix étapes à exécuter aux niveaux central et de la mise en oeuvre, respectivement. Les étapes se réfèrent aux éléments spécifiques du cadre qui sont décrits en détail dans les sections suivantes. Il est suggéré que le niveau central apporte un soutien au niveau de la mise en oeuvre sous forme de renforcement des capacités de planification « sur le tas ».

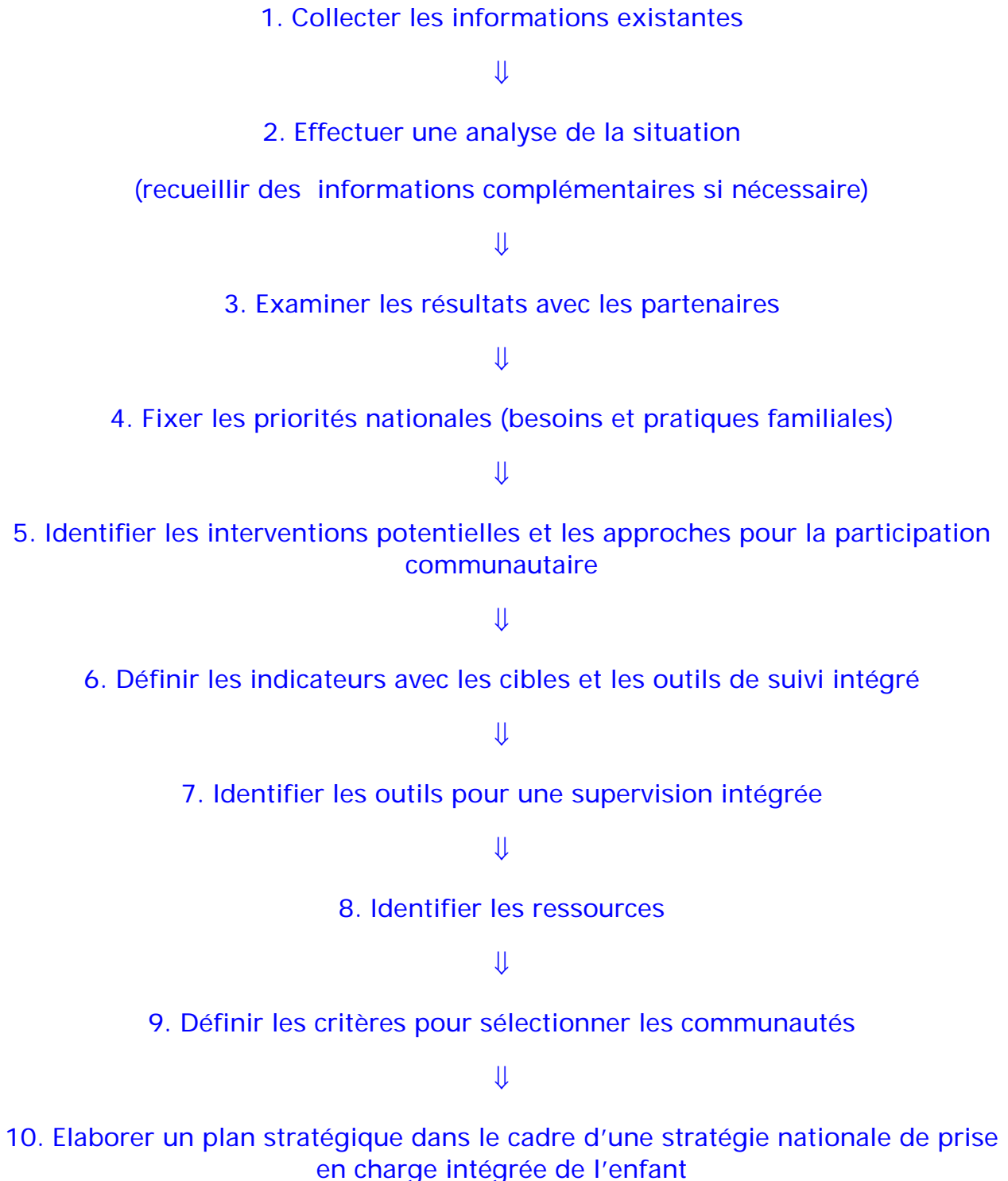
NIVEAU NATIONAL

FIGURE 1. Processus de planification au niveau central

NIVEAUX DU GOUVERNORAT ET DU DISTRICT

(avec le soutien du niveau central par le renforcement des capacités « sur le tas »)

1. Effectuer une analyse de la situation

Interviewer les informateurs clés, effectuer des visites sur le terrain et recueillir des informations complémentaires lorsque cela est nécessaire



2. Examiner les résultats avec les partenaires



3. Sélectionner les communautés prioritaires
(sur la base des critères nationaux)



4. Identifier les coordonnateurs locaux*



5. Fixer les priorités (besoins et pratiques familiales)*



6. Sélectionner l'intervention et définir les objectifs*



7. Sélectionner l'approche pour l'implication de la communauté*



8. Identifier les ressources*



9. Elaborer un plan opérationnel détaillé comportant des indicateurs et des cibles et l'intégrer dans le plan général annuel du district*



10. Obtenir l'approbation et l'engagement du gouvernement, des communautés et des partenaires locaux*

* (en collaboration avec la communauté)

FIGURE 2. Processus de planification au niveau de la mise en œuvre

Renforcement des capacités au niveau du district

Les interventions sont mises en œuvre et gérées au niveau communautaire ; par conséquent, il est essentiel que la capacité de l'équipe de district de la PCIME en matière de planification et de gestion soit développée et que les coordonnateurs locaux bénéficient d'un soutien, avec la pleine participation des administrations locales et des organisations non gouvernementales. Toutefois, toute approche adoptée doit être réalisable à grande échelle afin de pouvoir être reproduite et appliquée dans d'autres régions du pays.

Analyse de la situation

L'analyse de situation vise, par le biais d'une « approche prioritaire », à sélectionner les interventions efficaces en fonction des besoins *prioritaires* au sein des communautés et des groupes de population *prioritaires*, dans les régions où la stratégie PCIME est appliquée, sur la base des approches communautaires existantes propres au pays. Il s'agit d'une étape primordiale du processus de planification. Il convient, par conséquent, de commencer à déployer les efforts en vue de collecter les informations existantes dans le pays. Après avoir réalisé l'analyse, les résultats devraient être mis en commun et examinés avec les partenaires. L'analyse de situation est réalisée en premier lieu au niveau central puis au niveau de la mise en œuvre. Les composantes de l'analyse de la situation comprennent les activités suivantes.

L'analyse de la situation est une étape primordiale du processus de planification

- **Analyse des informations disponibles sur les pratiques familiales clés de prise en charge de l'enfant** dans les régions où la stratégie PCIME doit être mise en œuvre, sur la base des 12 pratiques clés énumérées dans l'Annexe.
- **Examen des besoins prioritaires** en vue d'améliorer les aspects curatifs et préventifs de la prise en charge de l'enfant au niveau communautaire, en utilisant comme référence la liste des 12 pratiques familiales clés. Les priorités des individus (« besoins ressentis ») devraient être également prises en compte lors de la définition des objectifs de l'intervention, pour qu'il y ait un lien entre les deux.
- **Examen des interventions existantes au niveau communautaire et enseignements tirés.** Ces expériences constituent un apport extrêmement utile du fait qu'elles sont spécifiques à chaque pays et, par conséquent, reflètent la situation réelle sur le terrain et y sont adaptées et ne constituent pas un simple modèle général. L'examen doit s'appuyer autant que possible sur les évaluations disponibles, structurées et normalisées de ces interventions², outre les données qualitatives. Tout instrument de suivi utilisé dans les interventions ainsi que l'expérience de leur utilisation doivent également être examinés.
- **Examen du matériel et des activités de communication et d'éducation pour la santé existants** afin d'assurer la cohérence des messages et la coordination des interventions.
- **Examen des approches existantes réussies pour impliquer les communautés** dans le pays et examen de l'applicabilité et de la faisabilité de l'utilisation de ces approches à grande échelle.
- **Examen des données sur la satisfaction des parents** à l'égard des services offerts dans les centres de santé dans lesquels la stratégie PCIME est appliquée. La perception positive, par les parents de

² Par exemple, les évaluations officielles utilisant des formulaires et des méthodologies standard – enquêtes, visites de suivi standard effectuées par le personnel formé, examen des données relatives aux indicateurs clés enregistrées et rapportées au cours de l'intervention, etc. Il convient d'être prudent lors de l'examen des interventions qui ne comportent pas d'indicateurs mesurables ni d'informations objectives ou de données fiables, pour identifier les domaines pouvant nécessiter des informations complémentaires et plus fiables.

l'enfant, de la qualité des services et de la façon dont les services répondent à leurs « besoins ressentis », pourrait permettre d'établir une relation de confiance entre la communauté et le système de santé et impliquer ultérieurement la communauté dans les interventions relatives à la prise en charge de l'enfant.

- **Analyse des informations relatives à la satisfaction des prestataires de santé**, notamment les systèmes existants de motivation, tels que les primes de rendement et d'encouragement, les certificats, la participation aux cours de formation et aux réunions.
- **Identification des structures communautaires existantes ou potentielles et des voies** permettant de relier la communauté et le système de santé.
- **Identification des lacunes en matière d'information** et collecte d'informations complémentaires lorsque cela s'avère nécessaire au processus décisionnel et à la planification (notamment l'évaluation communautaire).

Elaboration d'un plan global pour la prise en charge de l'enfant au niveau communautaire

La stratégie PCIME devrait servir de catalyseur pour rassembler les partenaires, les projets et initiatives communautaires pour un plan « global » et servir également de forum permettant de coordonner les activités relatives à la prise en charge de l'enfant au niveau communautaire. Il est prévu que les activités communautaires seront mises en oeuvre dans les régions où sont mises en oeuvre également les deux autres composantes de la stratégie PCIME, relatives au système de santé.

Il y a cinq éléments clés de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant au niveau communautaire qui caractérisent de façon spécifique l'approche de la PCIME

La planification par le groupe de travail de la PCIME sur la composante communautaire, devrait tenir compte de deux thèmes en particulier : a) des éléments clés spécifiques à la PCIME, et b) des principes de planification essentiels.

a) *Éléments spécifiques*

Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a identifié cinq éléments clés de la stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant au niveau communautaire, qui caractérisent ensemble l'approche de la PCIME de façon spécifique comparativement aux interventions communautaires traditionnelles. Ces éléments, décrits ci-après, sont par conséquent définis dans ce cadre comme étant des « éléments spécifiques ».

ELEMENT 1. Sélection des communautés prioritaires

Les communautés prioritaires devraient être sélectionnées pour la mise en oeuvre, c'est-à-dire les communautés ou les groupes de population dans lesquels le risque de maladie et/ou de décès est supérieur à celui de la population générale et chez lesquels des comportements familiaux qui laissent à désirer en ce qui concerne les pratiques essentielles de prise en charge de l'enfant exposent l'enfant à un risque plus élevé de maladie. Les critères de sélection doivent être établis préalablement, sur la base de certains indicateurs clés et d'un certain nombre de facteurs favorables.

- Critères fondés sur des **indicateurs clés**. A titre d'exemple, citons :
 - **les indicateurs de santé** (taux de mortalité infantile ; morbidité infantile pour certaines maladies ou affections telles que la diarrhée, le paludisme ; ratio de mortalité maternelle ; taux de faible poids à

la naissance, faible poids pour l'âge et autres indicateurs anthropométriques et cliniques de malnutrition ; couverture vaccinale, y compris vaccination antitétanique de la femme enceinte) ainsi que l'accès aux services de santé et à une eau de boisson saine ;

- les indicateurs économiques (ex. : revenu) ;
 - les indicateurs du niveau d'instruction (ex. : alphabétisme) ;
 - les indicateurs démographiques (ex. : densité et taille de la population, structure par âge). Ces indicateurs, tout comme ceux qui figurent ci-dessus, permettraient de décrire les communautés dans une perspective sanitaire plus large et d'identifier les communautés les plus nécessiteuses et dont les enfants pourraient bénéficier le plus de ces interventions.
 - Les indicateurs d'engagement et d'appropriation de la communauté et du district. Ceux-ci devraient également être pris en compte afin de refléter le soutien local comme étant une condition préalable à la mise en œuvre et à la durabilité (par exemple, comité de développement local existant et comportant une composante sanitaire importante ; plan communautaire de la PCIME inclus dans le plan général annuel du district ; allocation de ressources locales pour sa mise en œuvre ; activités de promotion de santé de l'enfant figurant dans le plan ; etc.).
- Critères basés sur les facteurs favorables. Il y a des facteurs qui peuvent faciliter la mise en œuvre d'une intervention et qui peuvent être pris en compte en sus des critères principaux décrits ci-dessus. Il s'agit notamment de l'existence d'interventions communautaires réussies (voir éléments 2, 4 et 5) et de structures reliant le système de santé à la communauté (voir élément 3), des partenaires dynamiques (organisations gouvernementales et non gouvernementales), des ressources disponibles, l'accès à la supervision, etc.

Les indicateurs d'engagement et d'appropriation reflètent le soutien local - condition préalable à la mise en œuvre et la durabilité.

ELEMENT 2. S'appuyer sur les interventions communautaires existantes

On tâchera de ne pas créer de nouveau projet, mais plutôt de renforcer l'expérience spécifique du pays en matière d'interventions communautaires et de structures organisationnelles existantes. Les exemples d'expériences notables à prendre en considération sont celles relatives à :

- l'instauration et l'existence de partenariats réussis et fonctionnels avec les organisations non gouvernementales et d'autres programmes (vaccination, nutrition, paludisme, médicaments essentiels, assurance maladie, etc.) ;
- l'élaboration d'approches viables permettant de faire participer activement les communautés ;
- l'existence de stratégies et d'activités efficaces en matière de communication et d'éducation pour la santé ;
- la disponibilité de ressources humaines et financières pour le projet ;
- des prestataires de santé communautaires ou des services périphériques axés sur les besoins de la communauté ;
- des interventions permettant d'améliorer les pratiques de recours aux soins, créant des groupes actifs de soutien de l'allaitement au sein, etc.

On tâchera de renforcer l'expérience en matière d'interventions communautaires existantes

ELEMENT 3. Relier le système de santé à la communauté

L'une des caractéristiques de la stratégie PCIME est le fait qu'elle cible aussi bien le système de santé que la communauté. Par conséquent, un élément important de la composante communautaire de la PCIME est l'instauration de liens entre les initiatives communautaires et le système de santé, afin d'assurer la continuité des soins et la pleine participation de la communauté dans la prise en charge de l'enfant dans le cadre d'une approche bi-directionnelle : du système de santé vers la communauté et vice-versa. Un exemple de liens efficaces rassemble tous les éléments suivants :

...du système de santé vers la communauté ET vice-versa

- bonne communication face à face lors des rencontres au centre de santé ;
- promotion des services, tenant compte de la façon dont la qualité des services est perçue par la communauté qu'ils desservent et impliquant la communauté en vue d'assurer la qualité des services ;
- suivi et supervision des prestataires de santé communautaires par le personnel du centre de santé ;
- rétro-information du centre de santé à la communauté et vice-versa sur les progrès réalisés et les résultats atteints en matière de soins apportés aux enfants qui sont exposés à un risque élevé de maladie.

ELEMENT 4. Améliorer l'accès à des soins de qualité pour l'enfant fournis par des prestataires de santé

Qu'il s'agisse de services de proximité fournis par les centres de santé ou de services de santé communautaires, qu'ils soient gouvernementaux ou bénévoles, les prestataires de santé jouent un rôle primordial dans l'offre de soins et dans l'éducation de la communauté en matière de prise en charge et développement de l'enfant. En tant que tels, ils représentent un élément important de la composante communautaire de la PCIME tant pour l'aspect curatif (traitement, conseils et orientation-recours) que pour l'aspect promotionnel de la prise en charge de l'enfant. Comprendre le comportement de la communauté en matière de recours aux soins est donc indispensable pour l'élaboration de stratégies afin de maximiser la fonction des prestataires de santé communautaires et de relier les services de proximité à la communauté. Les approches de formation devraient suivre la même démarche qualitative utilisée pour d'autres formations PCIME, par exemple, s'appuyer sur des critères de formation de qualité, la formation de formateurs, le renforcement des compétences et le suivi des personnes formées.

ELEMENT 5. Promotion des pratiques familiales clés pour la prise en charge de l'enfant

La stratégie de prise en charge intégrée de l'enfant comprend aussi bien les soins pendant la maladie que l'attention nécessaire à une croissance et un développement sains de l'enfant. La liste des 12 pratiques familiales clés en matière de prise en charge de l'enfant devrait guider le choix des pratiques à promouvoir dans un premier temps dans le contexte de la stratégie de la prise en charge intégrée de l'enfant. La stimulation du développement psychosocial de l'enfant et la promotion de la santé sont des activités qui s'appliquent à l'ensemble des communautés, et non pas seulement à celles où les taux de mortalité infantile ont été réduits à moins de 40 décès pour 1000 naissances vivantes³. Les pratiques sont liées aux

³ Ce seuil est proposé parce que les directives cliniques génériques pour la PCIME de l'OMS/UNICEF peuvent contribuer de façon significative à la survie de l'enfant dans les régions où la mortalité infantile est élevée et où l'on peut s'attendre à une forte incidence d'affections bactériennes (et de facteurs de risque tels que la malnutrition) qui pourraient réagir favorablement à un traitement antibiotique chez l'enfant qui consulte dans un centre de santé de premier niveau.

comportements et la promotion des comportements souhaités nécessite une planification systématique, une utilisation bien coordonnée d'un ensemble de moyens de communication, un suivi, un contrôle et une supervision étroits. Cet élément de l'intervention devrait aller au-delà de l'acquisition des connaissances en vue de faciliter les changements de comportement. Ceux-ci nécessitent beaucoup de temps et doivent être soutenus tout au long de cette période : il convient par conséquent d'identifier les ressources adéquates au sein de la communauté et en dehors de celle-ci afin d'appuyer l'intervention à long terme. Plus la communauté est impliquée activement et participe à l'intervention, plus la possibilité d'obtenir une intervention durable et pouvant déboucher sur les résultats souhaités s'accroît.

b) Principes de planification

Les principes de planification sont les principes essentiels qui devraient toujours être pris en compte lors de la planification de la composante communautaire. Le plan et la stratégie pour la prise en charge intégrée de l'enfant dans la communauté devraient :

- être logiquement et opérationnellement liés à la stratégie et au plan directeur généraux de la PCIME du pays et en faire partie ;
- s'appuyer sur une analyse de la situation approfondie ;
- utiliser des approches multiples ('multidimensionnelles') en vue de cibler plus d'un facteur causal ;
- comprendre toutes les étapes en vue d'atteindre des cibles et des sous-cibles quantitatives clairement énoncées et décrire les outils et le calendrier permettant de mesurer les indicateurs de *processus* (ce qui est réalisé) et de *résultats* (impact de l'intervention) ;
- cibler l'ensemble de la communauté, aussi bien les prestataires de santé que la population qu'ils desservent dans la même localité ;
- identifier les ressources pour la mise en œuvre initiale et les mécanismes pour assurer la durabilité à long terme ;
- identifier les coordonnateurs locaux et impliquer la communauté dans l'ensemble du processus ;
- examiner périodiquement les priorités et l'expérience en matière de mise en œuvre par le biais du suivi et de l'évaluation, tenant compte des réalisations, des contraintes et des besoins nouvellement identifiés.

Le rôle, la responsabilité et la contribution de tous ceux qui sont impliqués dans des domaines et des projets connexes doivent être clairement indiqués dans le plan, permettant d'assurer que les liens et la coordination sont renforcés entre les différentes activités entreprises par les différents partenaires au niveau communautaire.

PLANIFICATION, INDICATEURS ET CIBLES

Un indicateur de programme est essentiellement un nombre, une proportion, un pourcentage ou un taux qui suggère ou « indique » la mesure dans laquelle les activités planifiées ont été réalisées (*indicateurs de processus* et *de produit*) et des résultats ont été obtenus par les programmes (*indicateurs de résultats* et *d'impact*)⁴. Ces deux familles d'indicateurs, définies de façon très large, sont brièvement décrites ci-après⁵. Le message clé de cette section est que les plans devraient toujours inclure des indicateurs clairs et mesurables qui devraient aller au-delà du suivi du « processus » pour comprendre également le « résultat », c'est-à-dire sur quoi devrait déboucher l'intervention, en relation avec la raison principale pour laquelle

Les plans devraient toujours inclure des indicateurs clairs et mesurables qui devraient aller au-delà du suivi du *processus* pour comprendre également le *résultat*

certaines activités ont été planifiées au départ. Par exemple, on peut planifier des cours de formation aux conseils sur la prise en charge de l'enfant. Ceci est décidé afin : → d'améliorer les compétences des prestataires de santé en matière de conseils → d'accroître les connaissances des parents de l'enfant en matière de prise en charge de l'enfant → d'améliorer les pratiques des parents en matière de prise en charge de l'enfant (*résultat*) → d'améliorer la santé de l'enfant, par exemple en réduisant les décès et les maladies infantiles ou en améliorant la croissance et le développement de l'enfant (*impact*).

Les indicateurs *de processus* sont les indicateurs quantitatifs qui ont été choisis afin de voir si les activités planifiées ont bien eu lieu, par exemple, la tenue d'une réunion avec les ONG, l'élaboration et l'expérimentation du matériel d'éducation pour la santé, l'organisation de cours de formation aux techniques de communication pour les volontaires communautaires. Il est également possible d'inclure, dans cette catégorie, les indicateurs *de produit*, c'est-à-dire ceux qui apportent plus de détails relatifs au « produit » de l'activité, par exemple le nombre et les catégories de prestataires de santé communautaires formés aux techniques de communication, le nombre de documents imprimés ou de programmes radiophoniques d'éducation pour la santé mis au point, le nombre et le type de spots radiophoniques produits et diffusés. Il est également possible de choisir des indicateurs pour contrôler la *qualité* des activités réalisées en fonction d'un certain nombre de critères ou de normes de qualité définis.

EXEMPLE. Dans le cas d'un cours de formation au conseil, les indicateurs permettant de contrôler la qualité de la formation pourraient se référer au ratio animateurs-participants, au pourcentage de temps passé à appliquer les techniques de conseils et au nombre de parents conseillés par participant, à la proportion de participants formés qui ont été suivis avec des visites de renforcement des capacités dans les quatre semaines suivant la formation, etc.

Ces indicateurs constituent des outils de gestion utiles permettant de contrôler la mise en œuvre : des cibles correspondantes doivent leur être fixées au cours du processus de planification et doivent être incluses dans le plan. Les cibles doivent toujours être quantifiées : par exemple, lorsque l'indicateur est la « proportion d'agents de santé communautaires formés au conseil en allaitement au sein », la cible devrait être exprimée comme suit : « 50% des agents de santé communautaires dans les districts pratiquant la PCIME auront été formés au conseil en allaitement au sein d'ici la fin de 2003 ». Toutefois, ces cibles se limitent aux aspects concernant la quantité (« combien ») et ne fournissent pas d'informations sur le

⁴ Adapté de « Gestion des programmes LMD/IRA – Cours de formation : Introduction », Division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.

⁵ De nombreux types d'indicateurs ont été définis, notamment les indicateurs de processus, des apports, de produit, des résultats et d'impact. A des fins de simplification et de clarté, ils ont été essentiellement regroupés dans cette section en deux 'familles' d'indicateurs.

résultat et l'impact de l'activité. A cet effet, un autre ensemble d'indicateurs est requis : les « indicateurs de résultats ».

Les indicateurs de **résultats**⁶ se rapportent plus précisément aux objectifs de l'intervention, c'est-à-dire à ses 'résultats' - l'adoption de la pratique recommandée. Ces indicateurs montrent la raison pour laquelle il a été décidé de réaliser certaines activités et sont liés à la performance.

EXEMPLE. Si la raison d'une intervention qui consiste à former des prestataires de santé à la PCIME est l'amélioration de la prise en charge de l'enfant malade de moins de 5 ans, l'indicateur de résultat dans ce cas s'exprimerait comme suit : « la proportion de volontaires de santé communautaire formés qui prennent correctement en charge un enfant malade, conformément aux directives de la prise en charge PCIME ». Si l'objectif de l'intervention est d'améliorer les soins prodigués au domicile à un enfant malade, l'indicateur de résultat pourrait être « la proportion de mères qui donnent des soins appropriés à un enfant malade ». Si l'objectif est d'améliorer le développement psychosocial de l'enfant, l'indicateur de résultat pourrait être « la proportion de mères qui jouent et communiquent efficacement avec leurs enfants ».

Par conséquent, ces indicateurs nous permettent de savoir si le résultat recherché a bien été obtenu. Il convient de fixer des cibles pour les indicateurs de résultats et de les inclure dans le plan. Toutefois, il faut du temps avant de pouvoir mesurer les résultats finaux. Il convient par conséquent d'identifier un certain nombre d'indicateurs de **résultats intermédiaires** – et de fixer les cibles correspondantes – pour l'ensemble des changements intermédiaires que l'intervention est supposée apporter et qui déboucheront sur le résultat final, afin de nous aider à comprendre si nous progressons vers le résultat escompté.

EXEMPLE. Si l'objectif est d'améliorer les pratiques de prise en charge de l'enfant au domicile et que l'intervention consiste à former les prestataires de santé communautaires aux conseils sur la prise en charge de l'enfant, le premier résultat (intermédiaire) escompté pourrait être « la proportion de prestataires de santé formés qui conseillent correctement et efficacement les mères sur certains sujets concernant les soins à prodiguer aux enfants », avant que cela ne débouche sur une meilleure connaissance de la prise en charge de l'enfant au domicile chez les mères conseillées (un autre résultat intermédiaire) qui pourrait également déboucher sur une amélioration des pratiques de soins prodigués à l'enfant au domicile, chez les mères conseillées (résultat final).

Il apparaît clairement que la cible fixée pour l'indicateur de résultat final devrait être basée sur les cibles fixées pour les indicateurs de processus et de résultats intermédiaires. Ainsi supposons, dans l'exemple ci-dessus, qu'au cours de l'étape précédant l'intervention, seulement 20% des mères ont une bonne connaissance de la prise en charge d'un enfant malade. Si l'on prévoit de former 30% de l'ensemble des prestataires de santé au sein d'une communauté aux conseils sur les soins au domicile, il serait tout à fait irréaliste de s'attendre à ce que l'ensemble (100%) des mères au sein de la communauté reçoivent de bons conseils, aient une bonne connaissance des soins au domicile et prennent en charge leurs enfants de façon appropriée, suite à l'intervention de formation.

Ces indicateurs revêtent, par conséquent, une extrême importance. Ils devraient faire l'objet d'une surveillance régulière, laquelle devrait être prévue dans le plan directeur de l'intervention. Le suivi pourrait comprendre la collecte des données courantes, les visites à domicile, des entretiens individuels

⁶ Les définitions des indicateurs de résultats sont adaptées de l'ouvrage « Communication : Guide à l'intention des Administrateurs de Programmes nationaux de Lutte contre les maladies diarrhéiques, planification, gestion et évaluation des activités de communication. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1987.

approfondis, des discussions de groupe ciblées, l'observation des pratiques, des sondages, etc. Il permet d'apporter des informations non seulement sur ce qui se produit mais également sur les raisons pour lesquelles les choses se produisent ou ne se produisent pas. La surveillance de ces indicateurs nous montrera la façon dont l'intervention doit être modifiée au cours de son application. Il convient d'impliquer les communautés dans l'identification de solutions aux problèmes recensés au cours du suivi. Une analyse des progrès vers la réalisation des cibles fixées pour ces indicateurs fournira des informations précieuses pour l'intervention et la planification future.

Trois exemples sont présentés dans les pages suivantes afin d'illustrer le « flux d'indicateurs » logique, du processus au résultat et à l'impact. Il convient souvent d'adopter plus d'une stratégie en vue d'atteindre un certain objectif, tout particulièrement si cela concerne des modifications en termes de pratiques familiales et chaque stratégie requiert des indicateurs et des cibles bien définies par eux-mêmes. Toutefois, dans les exemples fournis dans les pages suivantes, un seul ensemble d'indicateurs par intervention est donné dans chaque exemple, afin d'illustrer la logique du « flux » et pour que les exemples restent simples et faciles.

Exemples de « flux d'indicateurs »

Exemple 1. Amélioration de la prise en charge à domicile de l'enfant de moins de 5 ans souffrant de diarrhée grâce à la formation de volontaires de santé communautaire à la prise en charge de l'enfant à domicile dans le district « Zed »

▶ Objectif	Améliorer la prise en charge à domicile de l'enfant de moins de 5 ans souffrant de diarrhée, dans le district « Zed »
▶ Stratégie principale	Conseils en matière de prise en charge à domicile de l'enfant dans la communauté
▶ Intervention	Formation aux conseils en matière de prise en charge de l'enfant au domicile pour les volontaires de santé communautaire du district « Zed »
Indicateurs (chaîne présumée d'événements)	
▶ Processus	Nombre de cours de formation sur les conseils en matière de prise en charge de l'enfant à domicile réalisés pour les volontaires de santé communautaire dans le district « Zed »
⇓	
▶ Produit	Nombre de VSC* formés à la prise en charge de l'enfant à domicile dans le district « Zed »
⇓	
▶ Résultats	
<i>Intermédiaire</i>	Proportion de VSC* formés, conseillant <i>correctement</i> et <i>efficacement</i> ⁷ les parents de l'enfant malade sur la prise en charge de l'enfant malade
⇓	
<i>Intermédiaire</i>	Proportion de parents d'enfants de moins de 5 ans conseillés par des VSC* formés qui savent soigner un enfant souffrant de diarrhée
⇓	
<i>Final</i>	Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée recevant des soins <i>appropriés</i> ⁸ au domicile dans le district « Zed »
⇓	
▶ Impact	Réduction de la mortalité associée à la diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans

* VSC : Volontaire de santé communautaire

Pour chaque indicateur, il convient de fixer une cible, en remplaçant les termes « nombre » et « proportion » par un chiffre précis et en indiquant les délais dans lesquels la cible doit être atteinte. Ainsi, la cible principale pour l'indicateur de résultat final de cet exemple pourrait être : « 70% des enfants souffrant de diarrhée auront reçu des soins appropriés au domicile dans le district « Zed » d'ici la fin de 2002 ».

⁷ *Correctement et efficacement* : par exemple, transmettre les messages standard corrects par le biais d'un ensemble de méthodes de communication appropriées, telles qu'enseignées dans le cours de formation.

⁸ *Appropriés* : par exemple, en leur donnant davantage de liquides et en continuant à les alimenter pendant l'épisode de diarrhée.

Exemple 2. Améliorer les pratiques d'allaitement exclusif au sein pour les enfants de moins de 6 mois grâce à la formation des agents de santé communautaires au conseil en matière d'allaitement au sein dans la province « Alzed »

▶ Objectif	Améliorer les pratiques d'allaitement exclusif au sein pour les enfants de moins de 6 mois dans la province « Alzed »
▶ Stratégie principale	Conseils sur l'allaitement au sein dans la communauté
▶ Intervention	Formation au conseil en allaitement au sein pour les agents de santé communautaires de la province « Alzed »
Indicateurs (chaîne présumée d'événements)	
▶ Processus	Nombre de cours de formation sur le conseil en matière d'allaitement au sein réalisés pour les agents de santé communautaire dans la province « Alzed »
⇓	
▶ Produit	Nombre d'ASC* formés au conseil en matière d'allaitement au sein dans la province « Alzed »
⇓	
▶ Résultats	
<i>Intermédiaire</i>	Proportion d'ASC* formés, conseillant <i>correctement</i> et <i>efficacement</i> ¹ les femmes enceintes et les mères au sujet de l'allaitement exclusif au sein
⇓	
<i>Intermédiaire</i>	Proportion de femmes enceintes et de mères d'enfants de moins de 6 mois conseillées par des ASC* formés qui connaissent l'allaitement exclusif au sein
⇓	
<i>Final</i>	Proportion d'enfants de moins de 6 mois qui sont allaités exclusivement au sein
⇓	
▶ Impact	Réduction de la mortalité infantile et de la morbidité causée par la diarrhée

* ASC : Agent de santé communautaire

Un exemple d'une cible de l'indicateur de résultat final pourrait être : « 45% des enfants auront été allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois dans la province « Alzed » d'ici la fin de 2003 ».

Exemple 3. Amélioration des pratiques de recours aux soins pour l'enfant de moins de 5 ans présentant une infection respiratoire aiguë par le biais d'une campagne radiophonique dans la province « Alzed »

▶ Objectif	Améliorer les pratiques de recours aux soins pour l'enfant de moins de 5 ans présentant une infection respiratoire aiguë (IRA) dans la province « Alzed »
▶ Stratégie principale	Campagne de communication
▶ Intervention	Diffusion de spots radiophoniques sur le recours aux soins pour les enfants présentant des problèmes respiratoires ou de toux dans la province « Alzed »
Indicateurs (chaîne présumée d'événements)	
▶ Processus	Nombre et type de spots radiophoniques produits ↓
▶ Produit	Nombre, type et calendrier de la diffusion des spots radiophoniques ↓
▶ Résultats	Pourcentage de parents d'enfants de moins de 5 ans dans la province « Alzed » qui ont entendu les spots radiophoniques (« <i>indicateur d'exposition</i> » : mesure le nombre de personnes exposées à l'intervention) ↓
<i>Intermédiaire</i>	Pourcentage de parents d'enfants de moins de 5 ans dans la province « Alzed » qui savent qu'une respiration rapide et difficile est un des signes avant-coureurs de la pneumonie (« <i>indicateur de connaissance</i> » : mesure le nombre de personnes connaissant le message) ↓
<i>Intermédiaire</i>	Pourcentage de parents d'enfants de moins de 5 ans dans la province « Alzed » qui pensent que les messages radiophoniques sont acceptables, utiles et applicables (Cet indicateur mesure la pertinence et la convenance du message dans le contexte socio-culturel dans lequel il est diffusé) ↓
▶ Résultat <i>Final</i>	Proportion de parents d'enfants de moins de 5 ans présentant des problèmes respiratoires ou de toux qui ont emmené leur enfant consulter un prestataire de santé pour une respiration rapide ou difficile dans les 24 heures suivant le début du problème ↓
▶ Impact	Réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Annexe

PRATIQUES FAMILIALES CLES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT⁹

1. **ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN.** Allaiter l'enfant exclusivement au sein jusqu'à 6 mois¹⁰. (Les mères qui se révèlent séropositives doivent être conseillées sur les possibilités autres que l'allaitement au sein.)
2. **ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE.** A partir de l'âge de 6 mois environ, donner à l'enfant des aliments de complément fraîchement préparés, riches en éléments énergétiques et en nutriments, tout en poursuivant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus.
3. **MICRONUTRIMENTS.** S'assurer que l'enfant reçoit des quantités suffisantes de micronutriments (vitamine A et fer, en particulier), soit dans son alimentation, soit sous forme de compléments.
4. **HYGIENE.** Evacuer les selles, y compris celles de l'enfant, de manière hygiénique ; se laver les mains après défécation avant de préparer les repas et avant de faire manger l'enfant.
5. **VACCINATION.** Suivre le calendrier vaccinal et s'assurer qu'avant l'âge d'un an, l'enfant ait reçu tous ses vaccins (BCG, DTC, VPO et rougeole).
6. **PALUDISME : UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES.** Dans les régions où le paludisme est endémique, faire dormir l'enfant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide afin de le protéger.
7. **DEVELOPPEMENT PSYCHOSOCIAL.** Favoriser le développement mental et social de l'enfant en étant attentif à ses besoins, en communiquant, en jouant avec lui et en lui permettant d'évoluer dans un environnement stimulant.
8. **SOINS AU DOMICILE POUR L'ENFANT MALADE.** Continuer à alimenter l'enfant lorsque celui-ci est malade et lui proposer davantage de liquides, y compris le lait maternel.
9. **INFECTIONS.** Administrer au domicile les traitements préconisés en présence d'une infection.
10. **RECOURIR AUX SOINS.** Savoir déterminer à quel moment la maladie de l'enfant nécessite un autre traitement que celui prodigué au domicile et être capable de s'adresser à un agent de santé compétent en la matière.
11. **SE CONFORMER AUX CONSEILS.** Suivre les conseils de l'agent de santé relatifs au traitement, au suivi et le cas échéant au moment d'adresser leur enfant à un hôpital de référence.

⁹ Vers de meilleures pratiques familiales et communautaires – une composante de la stratégie PCIME, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998. (WHO/CAH/98.2)

¹⁰ La recommandation actuelle de l'OMS est d'allaiter exclusivement au sein jusqu'à 6 mois, puis d'introduire des aliments de complément adaptés sur le plan nutritionnel, sûrs et judicieux, tout en poursuivant l'allaitement au sein (Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive – Résultats d'un examen systématique de l'OMS, OMS, Genève, 28–30 mars 2001). Cette recommandation a été approuvée par le Comité régional de la Méditerranée orientale dans la résolution EM/RC47/R.10 lors de sa quarante-septième session (2000).

12. **SOINS PRENATALS.** S'assurer que, durant sa grossesse, la femme puisse bénéficier de soins prénatals appropriés. (Qu'elle puisse notamment effectuer au moins quatre consultations prénatales auprès d'un agent de santé compétent et reçoive les doses recommandées de vaccin antitétanique. La mère doit en outre pouvoir compter sur sa famille et sa communauté lorsqu'elle aura besoin de soins au moment de l'accouchement, durant la période post-natale et lorsqu'elle allaitera).

Au cours de l'Atelier international sur l'amélioration de la santé et la nutrition des enfants au niveau communautaire, qui s'est déroulé à Durban (Afrique du Sud) du 20 au 23 juin 2000, ces douze pratiques ont approuvées et quatre autres ont été proposées. Ces autres pratiques, qui doivent être encore mieux définies et examinées, concernent les domaines suivants : prévention du VIH/SIDA et soins aux orphelins malades ; participation active des hommes à la fourniture de soins aux enfants et aux initiatives pour la santé de la reproduction de la famille ; prévention de la maltraitance des enfants, en prenant les mesures appropriées contre les mauvais traitements et abus qui leur sont infligés ; et mesures appropriées en matière de prévention et de prise en charge des blessures et des accidents des enfants.

Pour pouvoir assurer les soins qui sont mis en relief dans la liste ci-dessus, les familles ont besoin :

- de *connaissances* sur ce qu'il faut faire ;
- de *compétences* pour assurer des soins appropriés ;
- de *motivation* pour essayer et adopter durablement de nouvelles pratiques ; et
- de *soutien* de la part de la communauté et du système de santé afin de répondre aux besoins sanitaires, sociaux et matériels.