

Utilisation du système des agents de santé communautaire pour la prestation de services intégrés

Réunion annuelle de l'Alliance SMC et
AMP Kampala, 24-27 février 2026



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN





1. Introduction
2. Expérience du Bénin dans la mise en œuvre des campagnes digitalisées
3. Structure de Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin
4. Performance d'un système intégré
5. Défis
6. Conclusion

Introduction (1/2)



Situé en Afrique de l'Ouest

- 114 763 km²
- *12 606 998 habitants en 2025*
- 12 départements
- 77 communes
- 34 zones sanitaires
- 546 Arrondissements
- 5292 villages/quartiers de Villes
- *1911 formations sanitaires*

Introduction (2/2)

Au Bénin, plusieurs **programmes de lutte** contre les maladies endémiques ou prioritaires s'appuient sur des **campagnes de masse** pour atteindre leurs objectifs.

- Recours à des acteurs communautaires
- Résultats divers: discordance couverture administrative et couverture issu du monitoring



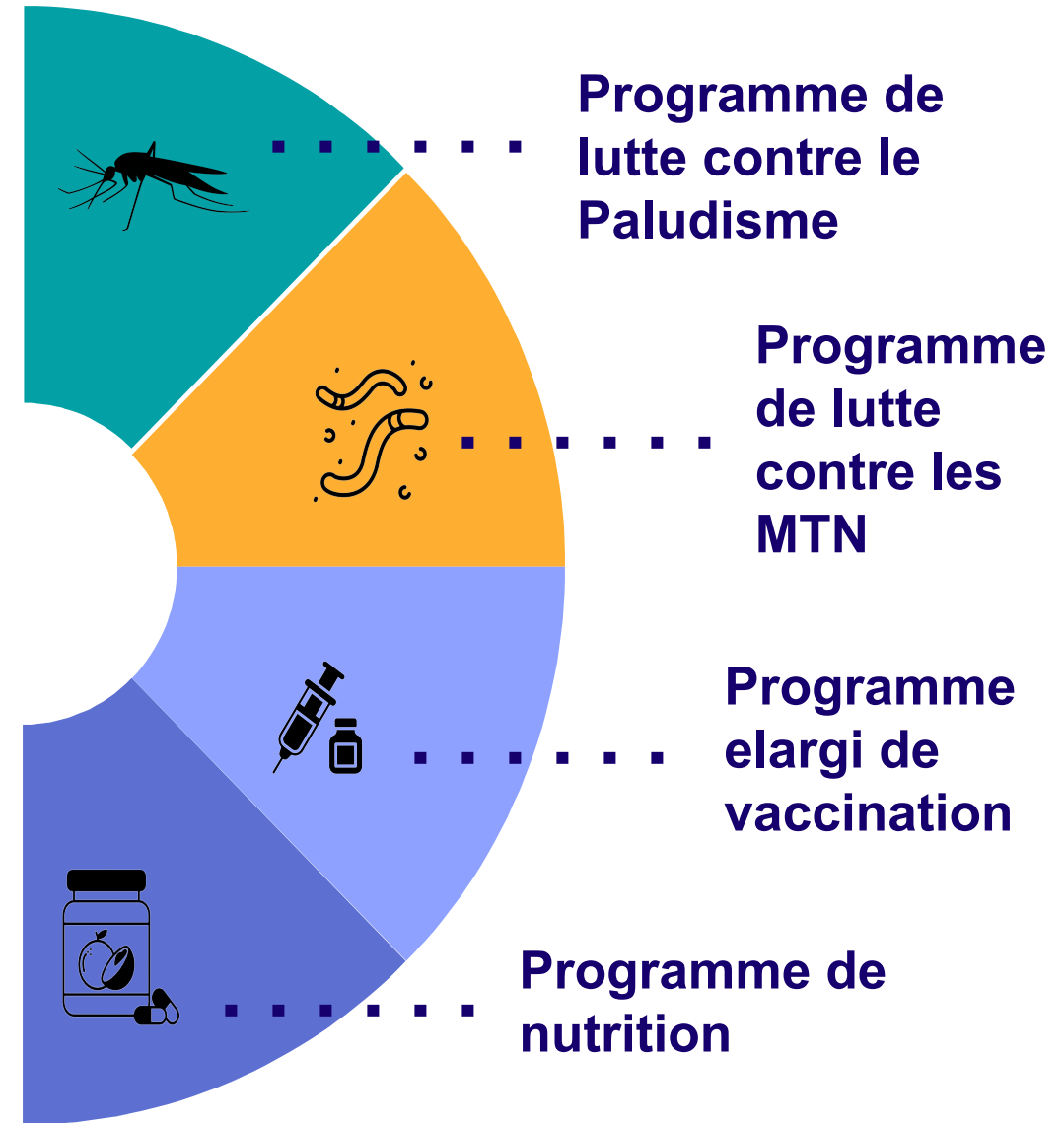
MIILD



CPS



Onchocercosis
(MDA)



Expérience du Bénin dans la mise en oeuvre des campagnes digitalisées (1/3)

Avant 2020 :

- Collecte manuelle (outils papiers) des données des interventions communautaires
- Cette approche avait plusieurs limites :



Faible visibilité des activités terrain

Les autorités sanitaires ne disposaient d'aucune vue en temps réel sur les activités des relais, limitant la supervision, la réactivité et la prise de décision en temps utile.



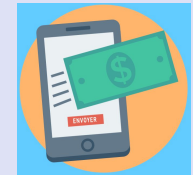
Retards dans la transmission des rapports

Les rapports passaient par plusieurs niveaux manuels avant d'être transmis
Incomplétude
Erreur



Manque de données consolidées

Les informations collectées sur papier étaient difficiles à agréger, rendant l'analyse globale difficile.



Paieement

Difficultés de justification du travail réalisé par les acteurs

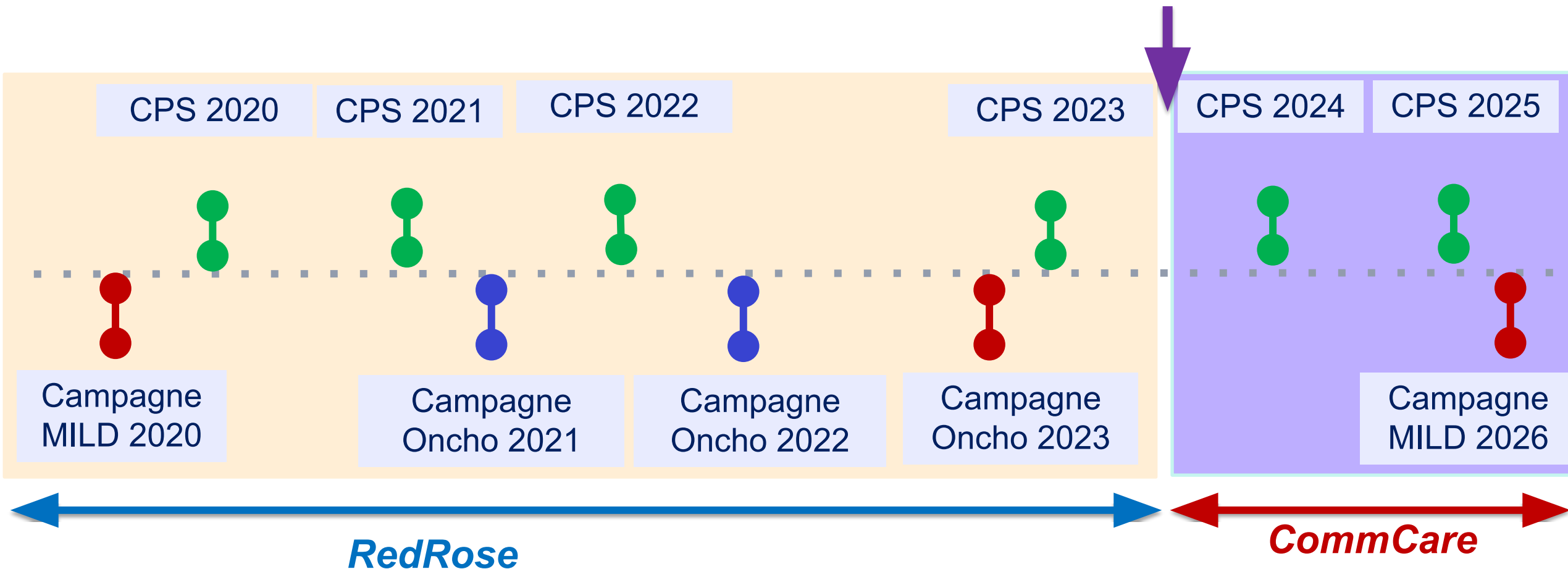
Paieement maladroit

Expérience du Bénin dans la mise en œuvre des campagnes digitalisées (2/3)



A partir de 2020.....

*Santé Communautaire
(2023)*



Expérience du Bénin dans la mise en œuvre des campagnes digitalisées (3/3)

Quels étaient les nouveaux challenges à partir de 2020?

- Intégration des services de santé préventifs, promotionnels et curatifs
- Disposition d'une plateforme numérique unique pour toutes les campagnes de santé
- Réduction de coût des campagnes
- Amélioration de la couverture administrative

Ces challenges ont conduit à la mise en place du Politique Nationale de santé communautaire (PNSC) en 2023

Structure de Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin (1/3)

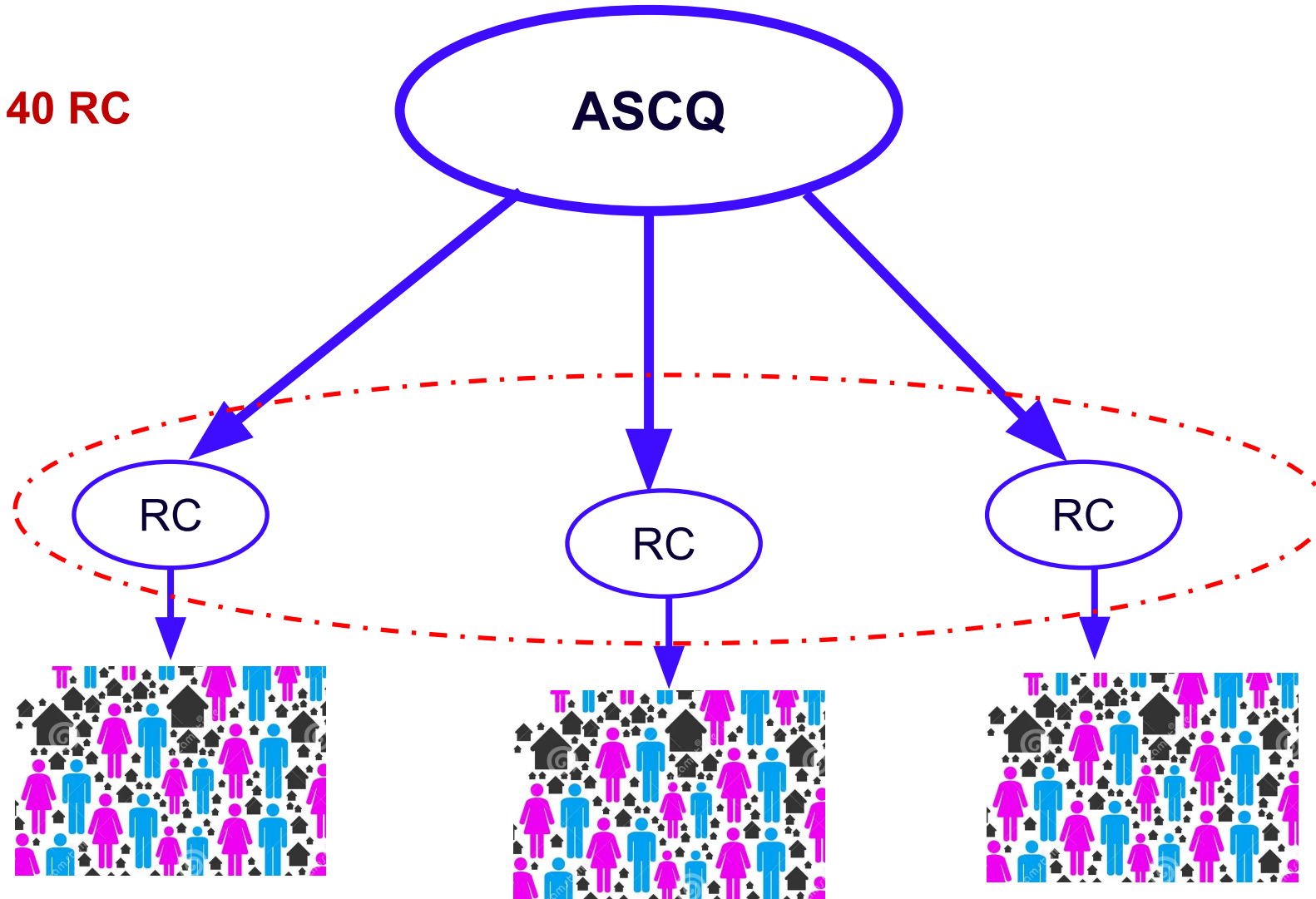
La PNSC a mis en place deux types d'acteurs clés :

- **Les Relais Communautaires (RC)** chargés de:
 - prévention, promotion de la santé, mise en œuvre du one health
 - mobilisation sociale, IEC/CCC en communauté
 - recensement des événements vitaux (naissances, décès) au sein de leur communauté.
 - Mise en œuvre des activités de masse et campagnes
- **Les Agents de Santé Communautaire Qualifiés (ASCQ) :**
 - Profil plus technique (agents de santé formés, infirmiers, sage femmes),
 - assurent le volet curatif et référence des cas
 - traitent les cas simples de **paludisme**, **diarrhée** et **pneumonie** chez les enfants de moins de 5 ans via la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).
 - Superviseur direct des RC



Structure de Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin (2/3)

01 ASCQ pour 40 RC



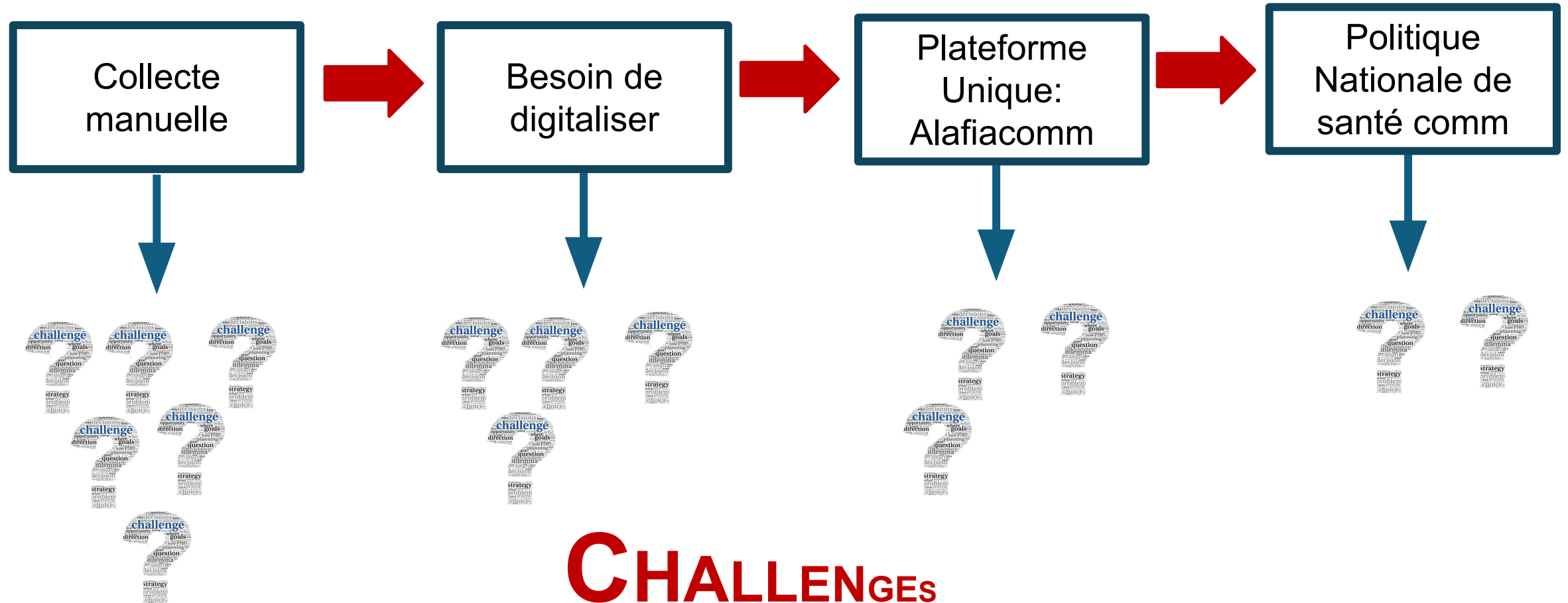
Grappe
(200 ménages
environs)

Structure de Politique Nationale de Santé Communautaire au Bénin (3/3)



- 1 Connus par les communautés:** Choisis dans les zones qu'ils desservent, ce qui facilite l'acceptation sociale et l'accès aux ménages.
- 2 Formés à l'utilisation d'**Alafiaccomm** (conçu par Dimagi) :** Ils ont été formés à la collecte numérique via Alaficaomm,.
- 3 Disponibles dans toutes les zones sanitaires:** présents dans chaque zone sanitaire, assurant une couverture territoriale complète.

Storyline



Performance d'un système intégré (1/2)

Intégrer la santé communautaire et les campagnes dans un seul système présente de nombreux avantages, tant sur le plan opérationnel que stratégique.

1 Harmonisation des outils et des pratiques

Un seul système pour les RC, ASCQ facilite la standardisation des flux de travail, des formulaires et des indicateurs.

3 Meilleure couverture réelle des cibles

Le RC est plus proche des ménages de sa grappe

2 Optimisation des ressources humaines

Les RC formés pour le suivi des ménages sont aussi mobilisables pour les campagnes, ce qui évite de recruter/former à nouveau pour chaque campagne.

4 Réduction des coûts et meilleure durabilité

Un seul système = moins de maintenance, moins de serveurs, moins de formations multiples. La digitalisation devient plus durable financièrement.

Performance d'un système intégré (2/2)

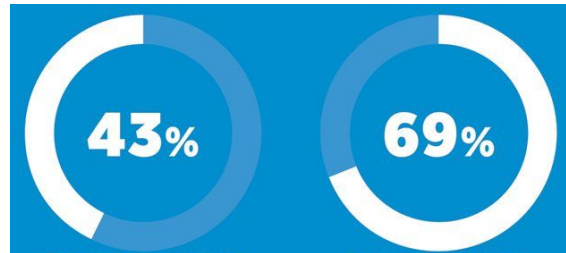
Quelques évidences pratiques

Formations



- Les RC sont formés une fois pour les paquets d'interventions
- Pas besoins de les former à chaque campagne comme à l'ancienne
- Réduction de coût de MEO

Couverture de intervention



- Pas d'évidence dans l'amélioration des couvertures des interventions en termes d'augmentation
- Assurance de couvrir tous les ménages avec RC
- Satisfaction des ménages d'avoir les prestations de service à domicile

Réduction de coûts



- Plus de recensement en prélude aux campagnes MILD, CPS, Oncho
- Absence pour le moment d'analyse formelle de comparaison de coût de MEO

Défis

- Besoins complémentaires de RC et ASCQ (pléthore dans certaines grappes)
- Le développement de module complémentaire pour soutenir les campagnes
- Le transfert de compétence
- La rémunération des ASC après le retrait de l'USAID dans certaines zones
- L'interopérabilité avec le DHIS2

Conclusion



- Stratégie integration des services avec les acteurs communautaires bonne dans sa conception
- Il rapproche les soins des ménages
- Garantit une couverture optimale et réelle des interventions
- Réduit inéluctablement les coûts de mise en oeuvre

**Merci de votre
aimable attention**

