


République de Côte d'Ivoire



Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique



Projet : « Mise à échelle des interventions pour combattre le paludisme en Côte d'Ivoire »
au niveau communautaire 2021-2023 (NFM3) - CIV-M-SCI-2001 - Financé par le Fonds mondial



Directives Techniques pour la Coordination et le Suivi des Activités Communautaires dans le cadre du projet Fonds mondial paludisme

Document élaboré et validé avec la Direction de la Santé Communautaire (DSC)

Ce projet est mis en œuvre en collaboration avec les ONG :




République de Côte d'Ivoire



Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique



Projet : « Mise à échelle des interventions pour combattre le paludisme en Côte d'Ivoire »
au niveau communautaire 2021-2023 (NFM3) - CIV-M-SCI-2001 - Financé par le Fonds mondial



Directives Techniques pour la Coordination et le Suivi des Activités Communautaires dans le cadre du projet Fonds mondial paludisme

Document élaboré et validé avec la Direction de la Santé Communautaire (DSC)

Ce projet est mis en œuvre en collaboration avec les ONG :



Table des Matières

Liste des abréviations et acronymes.....	6
1. Directives Nationales sur la Santé Communautaire.....	7
1.1. Définition de la Santé Communautaire.....	7
1.2. Intérêt de la santé Communautaire.....	7
1.3. Axes et interventions stratégiques de la Santé Communautaire.....	9
1.4. Acteurs de la Santé Communautaire.....	10
2. Stratégie de mise en œuvre du projet NFM3 paludisme communautaire.....	12
2.1. Justification.....	12
2.2. Objectifs et résultats attendus.....	12
2.3. Axes d'intervention et activités du NFM3 paludisme volet communautaire.....	14
2.4. Période de mise en œuvre.....	17
2.5. Zone d'intervention.....	17
2.6. Acteurs de mise en œuvre.....	18
2.7. Cadre de performance du projet NFM3 paludisme communautaire.....	18
2.8. Répartition des zones de mise en œuvre par sous-réципиendaire.....	19
3. Performances cibles des interventions communautaires.....	21
4. Code de conduite et normes éthiques pour la mise en œuvre des activités communautaires.....	23
5. Directives techniques pour la coordination et le suivi des activités communautaires.....	25
5.1. Cahier de charges pour la coordination et le suivi des activités communautaires.....	25
5.2. Directives pour la sélection et l'organisation des acteurs communautaires.....	25
5.3. Directives pour la formation des acteurs communautaires.....	32
5.4. Directives pour la supervision des acteurs communautaires.....	33
5.5. Directives pour la collecte et la validation des Données.....	36
5.6. Directives pour l'approvisionnement des ASC en intrants communautaires.....	37
5.7. Directives pour le déploiement des mécanismes de redevabilité au niveau communautaire.....	39
5.8. Rôle des Superviseurs (personnels déployés par les sous-réципиendaire).....	40
6. Directives techniques pour les activités des ASC.....	43

6.1.	Cahier de charges de l'ASC.....	43
6.2.	Directives pour le recensement des ménages.....	44
6.3.	Directives pour la réalisation des Visites à Domicile (VAD).....	45
6.4.	Directives pour la réalisation des causeries de groupe (CG).....	48
6.5.	Directives pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIME-c ou iCCM).....	51
6.6.	Directives pour la gestion des médicaments essentiels.....	53
6.7.	Directives pour la distribution des médicaments essentiels au niveau communautaire ...	55
6.8.	Directives pour la recherche des perdus de vue.....	56
6.9.	Directives pour la notification des décès et des naissances.....	58
6.10.	Directives pour la Surveillance Basée sur les Événements.....	59
6.11.	Directives sur le Code de Conduite des acteurs communautaires et le déploiement des mécanismes de redevabilité.....	62
7.	Directives techniques pour les activités des Groupements Féminins (GF).....	65
7.1.	Cahier de charges du GF.....	65
7.2.	Directives pour l'identification des femmes de voisinage.....	65
7.3.	Directives pour les visites de soutien aux femmes du voisinage.....	66
8.	Directives techniques pour la mise en œuvre des activités des Radios de Proximité.....	68
8.1.	Cahier de charges de la radio de proximité.....	68
8.2.	Programmation et diffusion des PAD.....	68
8.3.	Programmation des émissions radios.....	69
9.	Directives pour l'envoi de SMS de rappel via l'application CommCare rappel CPN.....	74
9.1.	Description de l'application CommCare Rappel CPN.....	74
9.2.	Bénéfices de l'application CommCare Rappel CPN.....	74
9.3.	Fonctionnalités de l'application.....	74
9.4.	Installation de l'application CommCare Rappel CPN.....	74

Liste des abréviations et acronymes

ASC :	Agent de Santé Communautaire
CG :	Causeries de groupe
CIP :	Causerie/communication interpersonnelle
COP :	Chief of Party
CPN:	Consultation prénatale
DCOP :	Deputy chief of party
DS :	District sanitaire
FE :	Femme enceinte
GF :	Groupement féminin
iCCM :	Integrated Community Case Management
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC/CCC :	Information Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement
PECADOM :	Prise en charge à domicile
PDV :	Perdu(e) de vue
PFE :	Pratiques Familiales Essentielles
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PR :	Réциpiendaire Principal
ROLPCI :	Réseau des Organisations de Lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR :	Sous-Réциpiendaire
VAD :	Visite à domicile

I. Directives Nationales sur la Santé Communautaire

I.1. Définition de la Santé Communautaire

La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une communauté :

- réfléchissent ensemble sur les problèmes de leur santé,
- expriment leurs besoins prioritaires,
- et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Ainsi, la santé communautaire c'est lorsque la communauté prend en charge sa propre santé.

La santé communautaire est un domaine de la santé publique. C'est pourquoi, en tant que techniciens, les agents de santé doivent aider la communauté à identifier ses problèmes de santé, à exprimer ses besoins et, à participer à la prise en charge de santé

I.2. Intérêt de la santé Communautaire

La santé communautaire est un puissant instrument de santé publique qui permet d'améliorer les indicateurs de santé. En effet, en les aidant à reconnaître les problèmes et à participer à leur prise en charge, la santé communautaire agit directement sur les principaux facteurs qui dégradent ou améliore la santé des communautés. Il s'agit de :

- **la qualité de l'environnement** : la santé communautaire permet d'expliquer directement aux communautés comment prendre soin de leur cadre de vie pour préserver leur santé ;
- **les comportements, attitudes et pratiques défavorables** : la santé communautaire explique aux communautés quelles sont les manières de faire qu'il faut améliorer pour préserver leur santé ;
- **les conditions socio-économiques** : la santé communautaire vient améliorer l'accès de services de santé à tout le monde, en particulier aux personnes peu nanties ou qui n'ont pas ou très peu fréquenté l'école ;
- **l'accès aux services de santé** : la santé communautaire permet de rapprocher les services de santé des lieux où les populations vivent. En effet, elle permet aux communautés de disposer en leur sein de volontaires formés pour reconnaître les principales maladies ou problèmes de santé et, aider à leur prise en charge adéquate.

Dans le contexte de la Côte d'Ivoire, l'apport de la santé communautaire pour adresser sur les déterminants de la santé est encore plus capitale, car les enquêtes montrent que les indicateurs de santé sont plus défavorables pour les populations qui vivent en milieu rural, qui sont peu nanties et, qui ont un faible niveau d'éducation. En adaptant le langage aux population défavorisées et, en leur permettant aussi d'avoir accès aux services de santé, la santé communautaire offre donc des solutions viables et efficaces pour améliorer la situation sanitaire globale du pays.

Tableau I : Quelques indicateurs de santé (MICS 2016)

Indicateur	Moyenne nationale	Selon milieu de résidence		Selon niveau d'éducation de la mère		Selon l'indice de bien-être économique	
		Rural	Urbain	Aucun	Secondaire ou plus	Plus pauvre	Plus riche
Mortalité des enfants < 5 ans pour 1000 naissances vivantes	96	108	78	111	67	120	61
Poids insuffisant pour l'âge modéré (%)	12,8	15,4	8,7	13,7	10,2	17,3	6,6
Poids insuffisant pour l'âge grave (%)	3,1	4,1	1,5	3,2	2,7	4,9	0,7
Retard de croissance modéré (%)	21,6	27,4	12,5	23,6	15,4	30,1	8,7
Retard de croissance grave (%)	6,8	9,0	3,3	7,6	3,6	10,9	2,8
Enfants 24-35mois complètement vaccinés (%)	38,4	33,5	45,6	31,9	57,6	26,8	57,3
Enfants 24-35mois non vaccinés (%)	14,9	19,1	8,7	18,3	7,5	29,4	3,2
Enfants < 1an avec fièvre pour qui des soins ont été recherchés chez établissement ou prestataire de santé (%)	45,2	41,2	51,3	42,2	58,9	35,4	56,9
Enfants < 5ans avec fièvre pour qui des soins ont été recherchés chez établissement ou prestataire de santé (%)	38,5	37,5	40,1	38,6	33,3	39,2	38,0

Indicateur	Moyenne nationale	Selon milieu de résidence		Selon niveau d'éducation de la mère		Selon l'indice de bien-être économique	
		Rural	Urbain	Aucun	Secondaire ou plus	Plus pauvre	Plus riche
Enfants < 5ans avec symptômes d'IRA pour qui des soins ont été recherchés chez établissement ou prestataire de santé (%)	44,0	40,8	49,4				
Enfants < 5ans avec symptômes d'IRA pour qui soins n'ont pas été recherchés	31,3	40,6	15				
Enfants < 5ans avec symptômes d'IRA pour qui ont reçu des antibiotiques	30,1	30,5	29,3				
Enfants < 1an avec diarrhée pour qui des soins ont été recherchés chez établissement ou prestataire de santé	43,7	41,6	47,2	43,6	46,8	40,6	41,9
Enfants < 1an avec diarrhée pour qui des soins ont été recherchés chez établissement ou prestataire de santé	32,2	33,0	30,9	30,7	32,8	30,8	34,7
Enfants < 1an avec diarrhée pour qui ont reçu SRO ou autre liquide recommandé	35,6	30,9	43,5	34,2	46,8	30,3	49,5

I.3. Axes et interventions stratégiques de la Santé Communautaire

- **Axe I : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire**
 - Création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire ;
 - Renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé ;

- Harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire ;
- Elaboration d'un curriculum de formation des ASC ;
- Définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire ;
- **Axe 2 : Renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales**
 - Renforcement du partenariat entre les parties prenantes ;
 - Développement et mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée ;
- **Axe 3 : Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires**
 - Élaboration et application des normes nationales d'utilisation des ASC ;
 - Renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires ;
 - Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants ;
- **Axe 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire**
 - Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS ;
 - Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire ;
 - Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire ;
 - Renforcement du suivi et évaluation des activités communautaires ;
- **Axe 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire**
 - Renforcement des mécanismes de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire ;
 - Mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources mobilisées ;
 - Définition d'un mode de répartition des ressources.

I.4. Acteurs de la Santé Communautaire

- **Au niveau national**
 - Comité National de Coordination ;
 - Direction de la Santé Communautaire ;
- **Au niveau régional**
 - Direction Régionale de la Santé ;

- **Au niveau du district sanitaire**

- Au niveau de la Direction Départementale de la Santé :
 - Equipe Cadre du District ;
 - Coordonnateur des Activités Communautaire ;
 - Partenaires de mise en œuvre ;
- Au niveau de l'aire de santé :
 - Responsable de l'ESPC
- Au niveau de la communauté :
 - Comité Villageois de Développement (CVD) ou le Comité de Développement de Quartier (CDQ) ;
 - Agents de Santé Communautaires ;
 - Groupements féminins ;
 - Maris modèles ;
 - Autres relais communautaires : leaders religieux, radio de proximité, etc.

2. Stratégie de mise en œuvre du projet NFM3 paludisme communautaire

2.1. Justification

Le projet Fonds mondial paludisme volet communautaire vise à soutenir les efforts pour l'élimination du paludisme en Côte d'Ivoire, à travers la mise à échelle et l'intensification du volet communautaire du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2021-2025.

2.2. Objectifs et résultats attendus

2.2.1. But

Contribuer au contrôle du paludisme en Côte d'Ivoire et à la réduction de son impact sur les populations.

2.2.2. Objectifs

Contribuer à la réalisation des objectifs du PSN 2021-2025, à savoir :

- D'ici fin 2025, **réduire l'incidence** des cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 ;
- D'ici fin 2025, **réduire le taux de mortalité** liée au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015 ;
- D'ici fin 2025, **renforcer les capacités de gestion**, de coordination et de partenariat du programme pour l'atteinte des performances à tous les niveaux.

2.2.3. Résultats attendus

Contribuer à l'atteinte des résultats définis dans le PSN 2021-2025, à savoir :

- **Concernant la réduction de l'incidence du paludisme :**
 - Au moins 80% de la population générale dort sous une MILDA ;
 - Au moins 80% des enfants âgés de moins de 5 ans dorment sous une MILDA ;
 - Au moins 80% des femmes enceintes dorment sous une MILDA ;
 - Au moins 20% des collectivités sont engagés dans l'assainissement du milieu et du cadre de vie pour lutter contre le paludisme ;

- Au moins 80% des femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent du paludisme au cours de soins prénatals ;
- Au moins 50% de la population reconnaît les gîtes larvaires et les détruit ;
- Au moins 90% des Equipes de Mobilisation Communautaire et des Groupes d'Action Communautaires mettent en œuvre des activités de mobilisation communautaire dans les districts à forte endémicité ;
- **Concernant la réduction de la mortalité liée au paludisme :**
 - Au moins 90% des cas suspects de paludisme retrouvés dans la communauté ont bénéficié d'un test de diagnostic rapide (TDR) ;
 - Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- **Concernant le renforcement des capacités de gestion :**
 - Au moins 80% des rapports d'activités communautaires ont été reçus au niveau national (Taux de complétude et de promptitude des rapports SNIS) ;
 - Au moins 80% des activités de renforcement des capacités de gestion et de coordination de la subvention NFM3 paludisme volet communautaire ont été réalisées ;
- **Concernant la réduction de la mortalité liée au paludisme :**
 - Au moins 90% des cas suspects de paludisme retrouvés dans la communauté ont bénéficié d'un test de diagnostic rapide (TDR) ;
 - Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- **Concernant le renforcement des capacités de gestion :**
 - Au moins 80% des rapports d'activités communautaires ont été reçus au niveau national (Taux de complétude et de promptitude des rapports SNIS) ;
 - Au moins 80% des activités de renforcement des capacités de gestion et de coordination de la subvention NFM3 paludisme volet communautaire ont été réalisées.

2.3. Axes d'intervention et activités du NFM3 paludisme volet communautaire

Axe d'intervention	Activités prévues au niveau opérationnel (SR Districts)	Activités prévues au niveau central (PR / MSHP)
Lutte antivectorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer MILDA en routine au niveau communautaire 	
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer efficacité et qualité de l'iCCM (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire) <ul style="list-style-type: none"> – améliorer la couverture des ménages par les ASC : augmentation du nombre total d'ASC de 5 900 à 8 500 (+2600 ASC) – renforcer les capacités des ASC – rechercher activement les cas et les prendre en charge – renforcer la supervision des ASC – renforcer le suivi de la disponibilité des intrants au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer efficacité et qualité de l'iCCM <ul style="list-style-type: none"> – renforcer le suivi de la disponibilité des intrants au niveau central
Chimioprévention	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer activités communautaires de soutien au TPIg <ul style="list-style-type: none"> – Intensifier recherche active des femmes enceintes perdues de vue – Booster rappel CPN via CommCare 	
Communication pour le changement social et comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Communication Interpersonnelle (CIP) <ul style="list-style-type: none"> – Visites-à-domicile et Causerie de groupe par ASC – Visites de Soutien aux Femmes (VS) par les points focaux des GF • Communication de masse <ul style="list-style-type: none"> – Diffuser des spots et émissions en français et en langues locales en routine sur 53 radios de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication de masse : <ul style="list-style-type: none"> – Diffuser un microprogramme pour la sensibilisation sur le paludisme à travers les canaux classiques et des canaux innovants – Déployer des activités de mobilisation sociale au cours de la célébration officielle de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme

Axe d'intervention	Activités prévues au niveau opérationnel (SR Districts)	Activités prévues au niveau central (PR / MSHP)
	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser des campagnes semestrielles d’affichage sur les panneaux 12m² – Diffuser un microprogramme pour la sensibilisation sur le paludisme à travers les canaux classiques et des canaux innovants 	<ul style="list-style-type: none"> – Actualiser les outils de sensibilisation sur le paludisme une fois par an • Plaidoyer et la veille sociale (ROLPCI) <ul style="list-style-type: none"> – Elaborer la feuille de route de plaidoyer et de veille sociale ; – Elaborer un guide et supports de plaidoyer ; – Organiser des réunions semestrielles de revue des résultats et réorientation – Organiser des missions semestrielles de plaidoyer – Soutenir le système d’alerte précoce de l’observatoire communautaire – Produire et diffuser le bulletin semestriel
Renforcement de capacités	<ul style="list-style-type: none"> • ASC, GF, leaders religieux <ul style="list-style-type: none"> – Formation initiale et de mise à niveau, équipement, supervision dédiée, rencontres mensuelles, primes • ASC, GF, IDE et SFDE : <ul style="list-style-type: none"> – Formation initiale et de mise à niveau, suivi, primes de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-réceptaires <ul style="list-style-type: none"> – Formation, équipement, développement organisationnel • Save the Children (PR) <ul style="list-style-type: none"> – Formation continue, ateliers techniques
Suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser les acteurs aux différents niveaux <ul style="list-style-type: none"> – Organiser des visites de suivi des activités et de coaching des équipes projet et des équipes terrain des SR tous les trois (03) mois par les coordinations de zone – Superviser les équipes terrain (superviseurs) tous les trois (03) mois par les équipes de gestion des SR • Collecter et intégrer données communautaires dans DHIS2 <ul style="list-style-type: none"> – Collecter et saisir les données communautaires dans DHIS2 • Assurer la qualité des données et des services : 	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser les acteurs aux différents niveaux <ul style="list-style-type: none"> – Superviser les équipes projet des SR tous les six (06) mois, conjointement avec la société civile et le Ministère de la Santé ; • Collecter et intégrer données communautaires dans DHIS2 <ul style="list-style-type: none"> – Reproduire les outils de collecte de données – Déployer applications mobiles de collecte de données

Axe d'intervention	Activités prévues au niveau opérationnel (SR Districts)	Activités prévues au niveau central (PR / MSHP)
	<ul style="list-style-type: none"> – Réaliser des missions de validation des données tous les 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sous-instance communautaire de la base de données nationale DHIS2 ➤ application supervision mobile dans DHIS2 • Assurer la qualité des données et services : <ul style="list-style-type: none"> – Organiser des audits de la qualité des données selon la méthodologie RDQA tous les 6 mois – Réaliser des missions de vérification de la conformité aux normes de qualité (quality benchmarks) tous les 3 mois
Redevabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer les mécanismes de redevabilité au niveau des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi et la gestion des feedbacks et plaintes
Apprentissage et Recherche Opérationnelle	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre un agenda d'apprentissage, y compris avec des activités de recherche opérationnelle
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions de coordination dans les zones de mise en œuvre des partenaires tous les six (06) mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions de coordination au niveau central tous les six (06) mois • Participer à la réunion de coordination des interventions de lutte contre le paludisme dénommée Task Force tous les six (06) mois

2.4. Période de mise en œuvre

Du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2023, soit 03 années.

2.5. Zone d'intervention

16 Régions sanitaires comprenant 53 Districts Sanitaires : Gbôkle, Nawa, San Pédro, Gôh, Lôh Djiboua, Bélier, Marahoué, Haut Sassandra, Gbêkê, Hambôl, Worodougou, Béré, Tonkpi, Cavally, Guemon et, Bafing

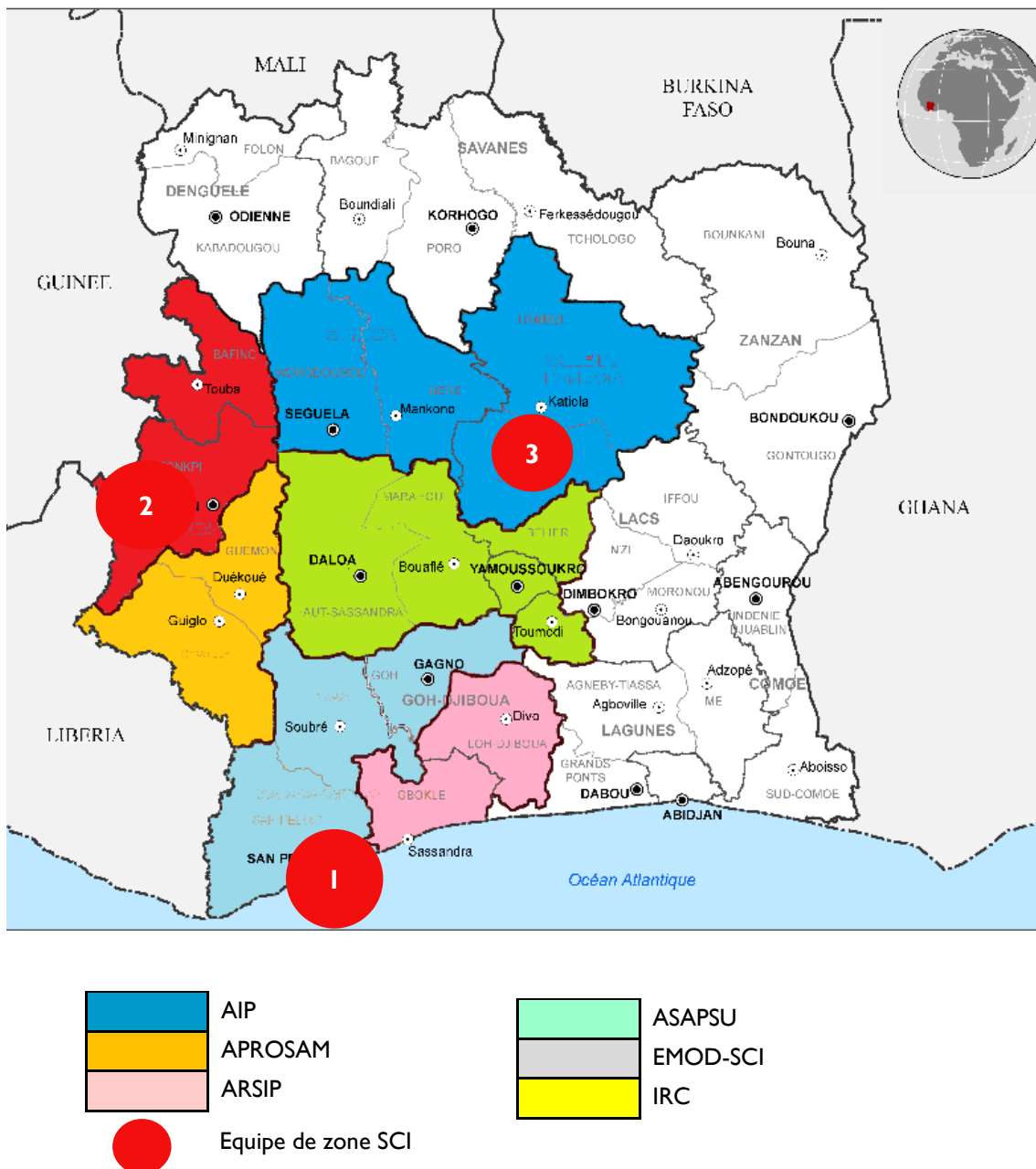


Figure I : Cartographie de la zone de mise en œuvre du projet NFM3 paludisme volet communautaire

2.6. Acteurs de mise en œuvre

- 01 récipiendaire principal (PR) : Save the Children ;
- 06 sous-réceptaires (SR) : ONGs AIP, APROSAM, ASAPSU, ARSIP, ASAPSU, IRC et ROLPCI, ainsi qu'une (01) équipe de mise en œuvre directe ;
- 8 500 Agents de Santé Communautaires, 2 044 Groupements Féminins, 53 radios de proximité, 519 leaders religieux.

2.7. Cadre de performance du projet NFM3 paludisme communautaire

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Mode calcul	2021		2022	2023
				S1	S2	S1 / S2	S1 / S2
Cas testés dans la communauté	Cas testés	Cas suspects	Non cumulatif	95%	95%	96%	97%
Cas traités dans la communauté	Cas traités	Cas confirmés	Non cumulatif	93%	93%	93%	93%
Femmes enceintes PDV ayant reçu SP3	FE ayant reçu SP3	FE PDV	Non cumulatif	40%	40%	45%	50%
Personnes sensibilisées	Personnes touchées	N/A	Non cumulatif	999 960	1 999 920	1 999 920	1 999 920
Rapports intégrés dans DHIS2	Rapports communautaires ESPC saisis	Rapports attendus	Non cumulatif	80%	80%	80%	80%
ASC supervisés	ASC supervisés	ASC actifs	Non cumulatif	100%	100%	100%	100%

2.8. Répartition des zones de mise en œuvre par sous-réциндаire

SR	Région sanitaire District sanitaire	ESPC	ASC	GF	Radios	Leaders religieux	Superviseurs
Total NFM3	16 régions sanitaires 53 districts sanitaires	1 273	8 500	2 044	53	519	224
AIP	4 / 14	230	1 552	378	14	49	41
AIP	BERE	47	369	45	3	0	10
AIP	DIANRA	8	78	10	1		2
AIP	KOUNAHIRI	14	78	10	1		2
AIP	MANKONO	25	213	25	1		6
AIP	GBEKE	108	515	201	6	49	13
AIP	BEOUMI	32	116	22	1		3
AIP	BOTRO	14	87	9	1		2
AIP	BOUAKÉ NORD- EST	16	78	50	1	49	2
AIP	BOUAKÉ NORD- OUEST	8	78	60	1		2
AIP	BOUAKÉ SUD	13	78	50	1		2
AIP	SAKASSOU	25	78	10	1		2
AIP	HAMBOL	45	378	88	3	0	10
AIP	DABAKALA	21	193	29	1		5
AIP	KATIOLA	10	78	28	1		2
AIP	NIAKARAMADO	14	107	31	1		3
AIP	WORODOUGOU	30	290	44	2	0	8
AIP	KANI	8	97	13	1		3
AIP	SEGUELA	22	193	31	1		5
APROSAM	3 / 9	302	1 904	537	9	150	48
APROSAM	GOH	116	435	186	3	50	12
APROSAM	GAGNOA 1	48	193	70	1	25	5
APROSAM	GAGNOA 2	40	97	56	1	25	3
APROSAM	OUME	28	145	60	1		4
APROSAM	NAWA	113	793	227	4	50	19
APROSAM	BUYO	27	145	42	1		4
APROSAM	GUEYO	12	87	40	1		2
APROSAM	MEAGUI	29	271	50	1		6
APROSAM	SOUBRE	45	290	95	1	50	7
APROSAM	SAN-PEDRO	73	676	124	2	50	17
APROSAM	SAN-PEDRO	49	483	100	1	50	12
APROSAM	TABOU	24	193	24	1		5
ARSIP	2 / 5	154	1 102	191	5	86	29
ARSIP	GBOKLE	57	464	60	1	0	12
ARSIP	FRESCO	16	78	18	1		2
ARSIP	SASSANDRA	41	386	42	1		10
ARSIP	LOH-DJIBOUA	97	638	131	3	86	17

SR	Région sanitaire District sanitaire	ESPC	ASC	GF	Radios	Leaders religieux	Superviseurs
ARSIP	DIVO	47	309	74	1	58	8
ARSIP	GUITRY	17	136	20	1		4
ARSIP	LAKOTA	33	193	37	1	28	5
ASAPSU	3 / 11	279	1 704	489	11	153	45
ASAPSU	BELIER	106	388	112	4	40	10
ASAPSU	DIDIEVI	21	78	16	1		2
ASAPSU	TIEBISSOU	24	87	16	1		2
ASAPSU	TOUMODI	33	78	33	1		2
ASAPSU	YAMOISSOUKRO	28	145	47	1	40	4
ASAPSU	HAUT SASSANDRA	102	851	227	4	61	22
ASAPSU	DALOA	34	309	84	1	61	8
ASAPSU	ISSIA	31	193	54	1		5
ASAPSU	VAVOUA	28	271	70	1		7
ASAPSU	ZOUKOUGBEU	9	78	19	1		2
ASAPSU	MARAHOUÉ	71	465	150	3	52	13
ASAPSU	BOUAFLE	33	213	71	1	52	6
ASAPSU	SINFRA	11	155	34	1		4
ASAPSU	ZUENOULA	27	97	45	1		3
IRC	2 / 7	141	1 248	228	7	26	34
IRC	CAVALLY	55	523	72	4	0	15
IRC	BLOLEQUIN	11	174	13	1		5
IRC	GUIGLO	20	174	32	1		5
IRC	TAI	6	97	18	1		3
IRC	TOULEPLEU	18	78	9	1		2
IRC	GUEMON	86	725	156	3	26	19
IRC	BANGOLO	21	242	56	1		6
IRC	DUEKOUÉ	34	338	68	1	26	9
IRC	KOUBLY	31	145	32	1		4
SCI-EMOD	2 / 7	167	990	221	7	55	27
SCI-EMOD	BAFING	33	234	40	3	0	6
SCI-EMOD	KORO	8	78	10	1		2
SCI-EMOD	OUANINO	11	78	10	1		2
SCI-EMOD	TOUBA	14	78	20	1		2
SCI-EMOD	TONKPI	134	756	181	4	55	21
SCI-EMOD	BIANKOUMA	36	145	34	1		4
SCI-EMOD	DANANE	30	145	27	1		4
SCI-EMOD	MAN	38	369	80	1	55	10
SCI-EMOD	ZOUAN HOUNIEN	30	97	40	1		3

3. Performances cibles des interventions communautaires

Intervention	Indicateur de performance	Cible
Mobilisation des ASC et GF	1. %ASC actifs	≥95%
	2. % Groupements féminins actifs	≥95%
Sensibilisation	3. % ménages ayant adopté les pratiques familiales essentielles éligibles	≥80%
	4. Taux de personnes sensibilisées	100%
	5. % population générale dort sous une MILDA	≥80%
	6. Taux d'enregistrement des femmes enceintes vues en CPN pour l'envoi de SMS de rappel via CommCare	≥80%
	7. Taux de diffusion des spots et émissions de sensibilisation via les radios de proximité	≥95%
	8. % leaders religieux qui réalisent au-moins une activité de sensibilisation au cours du mois	≥90%
Prise en charge	9. % enfants < 5ans malades vus par l'ASC	≥80%
	10. % enfants < 5 ans présentant une fièvre qui ont été testés pour le paludisme dans la communauté	≥97%
	11. % enfants < 5 ans testés positifs qui ont reçu un traitement avec des CTA dans la communauté	≥93%
	12. % enfants < 5 ans présentant une pneumonie qui ont reçu un traitement avec l'Amoxicilline dans la communauté	≥80%
	13. % enfants < 5 ans présentant une diarrhée qui ont reçu un traitement avec SRO + Zinc dans la communauté	≥80%
Gestion des médicaments	14. % ASC n'ayant pas connu de rupture en CTA	≥90%
	15. % ASC n'ayant pas connu de rupture en Amoxicilline	≥90%
	16. % ASC n'ayant pas connu de rupture en SRO-Zinc	≥90%
Référence / Orientation	17. % enfants < 5ans malades avec signes de gravité référés et reçus au centre de santé	≥50%
	18. Taux de recensement des femmes enceintes perdues de vue	≥90%
	19. % femmes enceintes perdues de vue retrouvées et ayant reçu SP3	≥50%
	20. Taux de recensement des enfants perdus de vue pour le PEV	≥90%

Intervention	Indicateur de performance	Cible
	21. % enfants perdus de vue pour le PEV retrouvés et ayant été vaccinés	≥50%
	22. % de patients affectés par les maladies chroniques perdus de vue retrouvés et référés	≥80%
Surveillance basée sur les événements	23. % ASC notifiant les cas de manière régulière	≥80%
	24. % cas confirmés de maladies à potentiel épidémique qui ont été notifiés par les ASC	≥30%
Redevabilité	25. % communautés dans lesquelles les mécanismes de redevabilité sont déployés	≥80%
	26. % communautés sensibilisées qui produisent des feedbacks et plaintes	≥50%
	27. % feedbacks et plaintes traités	≥90%
Supervision	28. % ASC actifs qui ont bénéficié d'au-moins 01 visite de supervision au cours de la période	100%
	29. % groupements féminins actifs qui ont bénéficié d'au-moins 01 visite de supervision au cours de la période	100%
Données Communautaires	30. % rapports communautaires saisis dans DHIS2	≥95%
	31. Taux moyen d'écart lors de l'assurance-qualité des données	≤5%

4. Code de conduite et normes éthiques pour la mise en œuvre des activités communautaires

La mise en œuvre des activités communautaires est régie par un code de conduite et des normes éthiques qui visent à protéger les bénéficiaires des abus, à maintenir la confiance à tous les niveaux et, à réduire le risque d'incidents tombant sous le coup de la loi pénale ou civile. Ce code de conduite s'applique à tous les acteurs de la santé communautaire aussi bien dans le cadre des activités dans leur vie personnelle. Tout contrevenant s'expose à des sanctions pouvant aller jusqu'à des poursuites pénales. Chaque acteur doit s'engager à :

- **Ne pas commettre de fraudes :**
 - Falsifier ou fabriquer des données, rapporter des fausses données ;
 - Payer des primes pour une activité qui n'a pas été réalisée ;
 - Encaisser de l'argent des bénéficiaires pour les activités communautaires ;
 - Prélever une partie des primes payées aux ASC, GF, IDE et SFDE ;
 - Exiger des pots de vins, une commission, un pourcentage pour toute activité ;
- **Ne pas utiliser sa position pour commettre des abus sur les enfants :**

Est considéré comme enfant toute fille ou tout garçon âgé de moins de 18 ans, quelque soit la coutume locale. Les abus qu'il ne faut commettre sur les enfants sont :

- **les abus sexuels** : il est interdit d'avoir des rapports sexuels avec une personne de moins de 18 ans, de faire des attouchements sexuels, de faire des avances sexuelles, de partager des images pornographiques, de filmer la nudité d'un enfant ;
- **l'exploitation** : il est interdit d'utiliser les enfants dans des activités qui nous permettent de gagner de l'argent à leur détriment. L'exploitation comprend le trafic des enfants (utiliser les enfants comme manœuvre dans les champs ou comme servantes), l'exploitation sexuelle (prostituer les enfants), la contrebande, les enfants soldats ;
- **les violences physiques** : il est interdit de frapper, taper, pincer un enfant ;
- **les violences émotionnelles** : il est interdit de crier, d'humilier ou de déstabiliser psychologiquement un enfant ;
- **la négligence** : il est interdit de délaisser les enfants en ne répondant à leurs besoins de base à savoir les nourrir, les soigner, les habiller décentement. Ne pas rapporter une situation portant préjudice à un enfant est une négligence ;

- **Ne pas utiliser sa position pour harceler ou pour brimer d'autres personnes, femmes et hommes :**
 - Faire des avances, ou faire des attouchements contre la volonté de l'autre ;
 - Exiger des actions en dehors du cadre normal des responsabilités du staff ;
 - Restreindre les actions d'un collaborateur en deçà de ses responsabilités ;
 - Humilier, crier, insulter un collaborateur.

Que faire en cas de manquement au Code de Conduite ?

En cas de manquement au Code de Conduite, il faut immédiatement déposer une plainte via les canaux suivants :

- Appeler gratuitement au numéro **800 888 89** ;
- Informer le **point focal** identifié dans la communauté ;
- Déposer un courrier dans la **boîte à suggestions** mise en place dans la communauté, au centre de santé ou chez le partenaire de mise en œuvre ou chez Save the Children ;
- Envoyer un email aux adresses suivantes :
 - En cas de fraude : fraude.CIV@savethechildren.org
 - En cas d'abus sur un enfant : protection.CIV@savethechildren.org;
 - En cas de harcèlement : harcelement.CIV@savethechildren.org.

Toutes les plaintes seront analysées et traitées par des équipes professionnelles, en respectant la confidentialité du plaignant.

5. Directives techniques pour la coordination et le suivi des activités communautaires

5.1. Cahier de charges pour la coordination et le suivi des activités communautaires

La coordination et le suivi des activités communautaires sont réalisées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, et consistent en :

- Sélectionner et organiser les acteurs communautaires ;
- Former les acteurs communautaires ;
- Superviser les acteurs communautaires ;
- Approvisionner les ASC en médicaments essentiels ;
- Collecter, valider et saisir et analyser les données communautaires ;
- Déployer les mécanismes de redevabilité au niveau communautaire ;
- Organiser des réunions de suivi des activités communautaires.

5.2. Directives pour la sélection et l'organisation des acteurs communautaires

5.2.1. Sélection et organisation des ASC

❖ Définition de l'ASC

Un Agent de Santé Communautaire (ASC) est un homme ou une femme **volontaire**, sélectionné(e) **dans et par sa communauté** selon des **critères précis**, ayant reçu une formation de base pour offrir un **paquet intégré** de services préventifs, promotionnels, curatifs de base et de soutien sous la **supervision du personnel de santé**.

L'ASC a pour mission de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire.

❖ Calcul du nombre d'ASC

Dans le cadre du projet Fonds mondial paludisme volet communautaire, les ASC sont sélectionnés exclusivement dans les **localités situées au-delà de 5 km** des centres de santé et, qui ont **au-moins 250 habitants** à raison de **1 ASC pour 250 à 500 habitants** :

- **Localités situées à 5km ou moins**
 - Pas d'ASC
- **Localités situées à plus de 5km :**
 - <250 habitants : pas d'ASC ;
 - 250-500 habitants : 1 ASC ;
 - ≥ 500 habitants : 1 ASC pour 500 habitants.

❖ **Critères de sélection des ASC**

- Résider obligatoirement dans sa communauté ;
- S'exprimer dans la langue locale de sa communauté ;
- Savoir lire et écrire le Français ;
- Être âgé d'au moins 18 ans et au plus de 50 ans au moment de la sélection ;
- Avoir une activité génératrice de revenus ;
- Être disponible, engagé, stable, de bonne moralité, reconnu et ayant de bonnes relations avec sa communauté ;
- Être marié(e) de préférence.

Les communautés doivent être encouragées à sélectionner des ASC femmes.

❖ **Processus de sélection des ASC**

Le processus officiel de sélection des ASC doit se faire selon les six (06) étapes suivantes :

- **Etape 1** : Information des parties prenantes : au cours d'une réunion par les autorités préfectorales, l'Equipe Cadre du District, le personnel de santé et les responsables des ONG échangent avec les leaders communautaires sur le processus de sélection des ASC, les critères de sélection, et le cahier de charges de l'ASC ;
- **Etape 2** : Appel à candidature ;
- **Etape 3** : Sélection des ASC par un comité de sélection lors d'une assemblée générale ;
- **Etape 4** : Prise de l'arrêté de nomination des ASC ;
- **Etape 5** : Formation et équipement des ASC ;
- **Etape 6** : Présentation officielle de l'ASC à sa communauté.

❖ Organisation des ASC

L'infirmier doit :

- Répartir les quartiers entre les ASC de sorte à quadriller tout le village ;
- Répartir les villages périphériques de moins de 250 habitants entre les différents ASC.

❖ Equipement des ASC

Chaque ASC doit recevoir son kit d'équipements comprenant :

- **Matériel médical :**
 - 01 caisse à médicaments ;
 - 01 thermomètre ;
 - 01 chronomètre sonore pour mesure de la fréquence respiratoire (timer) ;
 - 01 MUAC pour mesure du périmètre brachial ;
 - 01 chronomètre mécanique 60 minutes pour réaliser les TDR ;
- **Matériels d'identification et tenue de travail :**
 - 01 badge d'identification signé par le Directeur Départemental de la Santé ;
 - 01 chasuble ;
 - 01 tee-shirt ;
 - 01 sac ;
 - 01 paire de bottes ;
 - 01 torche ;
- **Matériel de sensibilisation et de collectes de données :**
 - 01 boîte à images intégrée ;
 - Cahier de l'ASC
 - Registre de l'ASC ;
 - les fiches de référence et d'orientation ;
 - Rapport mensuel de l'ASC ;
 - des dépliants et affiches thématiques ;
 - les algorithmes de prise en charge
 - les outils de gestion : fiches de stock, fiches de rapports ;
- **Moyens de locomotion :**
 - 01 vélo tout terrain.

5.2.2. Sélection et organisation des groupements féminins

❖ Définition du Groupement Féminin (GF)

Groupement ou association de femmes ayant un intérêt commun, existant depuis au-moins un an, sélectionné(e) dans et par les communautés ciblées, volontaire pour promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé, sous la supervision du personnel de santé.

❖ Calcul du nombre de GF

Dans le cadre du projet Fonds mondial paludisme volet communautaire, les GF sont sélectionnés exclusivement dans les **localités situées entre 0 et 5 km** des centres de santé et, qui ont **au-moins 1,000 habitants** à raison de **1 GF pour 1,000 à 2,500 habitants** ;

- **Localités situées à plus de 5km**
 - Pas de groupements féminins ;
- **Localités situées à 5km ou moins**
 - <1,000: pas de groupement féminin ;
 - ≥1,000 : 1 groupement féminin pour 2 500 hbts.

❖ Critères de sélection des GF

- Groupements ou association de femmes existant déjà dans la communauté et, reconnu comme actif dans la communauté ciblée. **NB** : le projet ne suscitera pas la création de groupements féminin ;
- Choisi par sa communauté d'origine. La communauté sera une fois de plus mise au cœur du processus de sélection des groupements féminins ;
- Au-moins 10 membres ;
- Apolitique.

❖ Processus de sélection des GF

- **Etape 1** : Choisir les localités et quantifier le nombre de groupements féminins requis ;
- **Etape 2** : Répertorier les groupements féminins reconnus dans les localités ciblées ;

- **Etape 3** : Sélectionner les 2,044 GF selon les critères de sélection : choix orienté par le District Sanitaire et la Mairie, choix confirmé par la communauté ;
- **Etape 4** : Reconnaître officiellement les groupements féminins par une note de service DD Santé ;
- **Etape 6** : Présentation officielle de l'ASC à sa communauté.

❖ **Organisation des Groupements Féminins**

- La supervision et le suivi des groupements féminins est assuré une sage-femme désignée dans le centre de santé. La sage-femme doit :
 - répartir les quartiers entre les groupements féminins pour quadriller tout le village ;
 - répartir les différents secteurs des quartiers entre les points focaux désignés membre du groupement féminin, de sorte à bien quadriller et couvrir tous les ménages ;
- Chaque groupement féminin doit désigner 10 points focaux qui réaliseront les activités. Idéalement, les points focaux désignés doivent savoir lire et écrire le Français.
- Chaque point focal doit sélectionner 36 femmes cheffes de ménage qui habitent à côté d'elle pour les suivre durant toute l'année. Il s'agit du groupe de voisinage.

❖ **Equipement des GF**

- Matériels d'identification et tenue de travail :
 - 01 tee-shirt ;
 - 01 sac cabas ;
 - 01 paire de bottes ;
 - 01 torche ;
- Matériel de sensibilisation et de collectes de données :
 - 01 livret d'activités ;
 - 01 cahier du groupement féminin y compris les rapports mensuels du GF ;
 - les fiches de référence et d'orientation.

5.2.3. Sélection et contractualisation des radios de proximité

❖ **Définition de la radio de proximité**

Les radios de proximité sont des entités communautaires indispensables dans le changement social et comportemental (CSC) des communautés.

Le rôle des radios de proximité dans le processus de changement est de favoriser la diffusion de l'information aux populations, voire les ménages, à travers un canal de diffusion que constitue leur fréquence d'émission.

❖ **Procédure de sélection des Radios**

Le choix des radios par les sous bénéficiaires devra se faire sur la base de l'approche district. Les radios identifiées doivent répondre aux critères suivants :

- Avoir une existante légale ;
- Disposer d'une autorisation d'exercer de la HACA* ;
- Disposer d'un matériel technique de diffusion PAD* ;
- Disposer d'un plateau technique pour la réalisation d'émission en directe ;
- Être reconnue par le district sanitaire ;
- Avoir une couverture géographique du district sanitaire et de ces environs ;
- Disposer d'une grille tarifaire sociale ;
- Avoir une grille de programme intégrant le volet social et sanitaire ;
- Justifier de la source de financement de la radio (Non de source illicite et terroriste) ;
- Être approuvée par le District Sanitaire (note de service).

❖ **Contractualisation avec les Radios**

Au terme du processus de sélection, les SR doivent soumettre une proposition de contrat à la radio de proximité ciblée et éligible. Cette démarche doit se faire après information et approbation préalable du district sanitaire, autorisant cette mise en relation de partenariat.

Lors de la contractualisation, la radio devra fournir les documents ou pièces d'existantes légales dûment prouvées par elle, avec la signature d'au moins un des responsables de la Radio. Il peut s'agir du Directeur des programmes, Directeur général, ou directeur financier.

NB : Copie du contrat signé devra être partagée au District sanitaire.

❖ **Objet de la contractualisation**

Le contrat de partenariat signé avec les radios doit porter sur :

- un objet précis dans le domaine de la santé, relatif à la conception et à la diffusion de spots et émissions de messages de sensibilisation des populations du district et environ. La finalité de ces actions de sensibilisation de masse est de réduire la vulnérabilité des populations à travers le renforcement de leurs connaissances, attitudes et pratiques sur les méthodes et moyens de lutte contre les maladies, dont le paludisme qui reste encore l'une des premières causes de morbidité et de mortalité.
- Un cahier de charges quantifié, précisant les quantités minimales d'activités à réaliser par la radio de proximité
 - Au moins 07 diffusions de spots par jour ;
 - Au moins 02 émissions réalisées par mois ;
 - Au moins 02 rediffusions par mois.

5.3. Directives pour la formation des acteurs communautaires

5.3.1. Formation des ASC

- **Formation initiale** : elle concerne les ASC nouvellement recrutés. Elle est réalisée au centre de santé par l'infirmier superviseur des ASC, et dure six (06) jours. L'infirmier devra utiliser les supports officiels de formation et, suivre les directives pour garantir la qualité et l'harmonisation de la formation des ASC ;
- **Formation de recyclage** : elle concerne les ASC déjà en activité et, qui ont reçu la formation initiale. Elle est réalisée une fois par an au centre de santé, par l'infirmier superviseur des ASC. Elle dure 3 jours.

5.3.2. Formation des GF

- **Formation initiale des points focaux** : réalisée au centre de santé par la sage-femme, pendant 2 jours au-moins. La sage-femme devra utiliser les supports officiels de formation et, suivre les directives pour garantir la qualité et l'harmonisation de la formation des groupements féminins ;
- **Formation de recyclage** : pendant 01 jour.

5.3.3. Formation des radios de proximité

Au moins un point focal est identifié au sein du personnel, en collaboration avec le Directeur de la Radio de proximité, pour le suivi des activités du projet. Ce point focal bénéficie d'une formation sur les notions de base pour la sensibilisation sur les problèmes de santé dont le paludisme, ainsi qu'une orientation pour l'utilisation des outils (plan média et rapport de diffusion).

A l'issue de la formation, le point focal doit faire une restitution aux autres staffs de la radio de proximité.

5.4. Directives pour la supervision des acteurs communautaires

Définition	<p>Processus continu qui consiste à guider et former un agent, soutenir et encourager ses initiatives sur le site de travail de sorte qu'il puisse l'exécuter avec efficacité et conformément aux directives établies.</p> <p>On supervise du personnel et non des tâches : superviser = former</p>
Finalité	Améliorer la performance de l'agent en vue de produire des services de qualité
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la disponibilité et l'état des équipements, intrants et outils des acteurs communautaires • Vérifier que les activités sont réalisées conformément à la planification et selon des standards de qualité préalablement établis • Vérifier la qualité du remplissage des outils • Vérifier l'effectivité des activités • Identifier les causes des écarts (exécution non conforme) • Convenir de points d'action pour lever les goulots d'étranglement
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> • ASC • Groupements féminins • Radio de proximité • Leaders communautaires
Technique de supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Observation : regarder • Entretien : interroger les personnels et les usagers • Analyse documentaire : consulter les documents, les supports de données • Auto-évaluation : faire une autocritique de son propre travail <p>Toutes ces techniques permettent d'identifier les problèmes à résoudre. Il est nécessaire de les combiner pour mener à bien une supervision</p>
Méthodologie de la supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation technique de la supervision <ul style="list-style-type: none"> - Revoir les indicateurs de performance - Revoir les rapports de supervision antérieurs - Formuler des objectifs de supervision - Déterminer les activités à mener - Élaborer le calendrier de la supervision - Examiner la documentation d'appui (Grille de supervision, etc.) • Préparation administrative de la supervision

	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les personnes à superviser et les responsables des aires de santé auxquelles ils sont rattachés par courrier ou par téléphone en indiquant la date et les objectifs de la visite de supervision - Rassembler les documents de voyage - Vérifier la disponibilité de la logistique <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la visite de supervision <ul style="list-style-type: none"> - Présenter les civilités au chef du village et la notabilité - Tenir une réunion préliminaire d'orientation (briefing) avec la personne supervisée dès l'arrivée sur le site pour rappeler les objectifs de la supervision et dissiper toute crainte - En utilisant la grille de supervision : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1) Observer le supervisé dans son environnement de travail pour apprécier la qualité technique des activités et les conditions de travail (féliciter les performances en public et corriger en privé) ○ 2) Vérifier le remplissage correct des outils de collecte de données en corrigeant les erreurs de remplissage ○ 3) Vérifier la qualité perçue par les bénéficiaires et l'effectivité des activités en interrogeant les bénéficiaires des activités - Aider la personne supervisée à faire son auto-évaluation - Tenir une réunion de débriefing en présence pour mettre en exergue les points forts, convenir des points à améliorer et définir ensemble des points d'action pour résoudre les problèmes identifiés (activité à réaliser, responsable, délai) - Faire un feed-back de la supervision au chef du village et la notabilité - Rédiger un rapport de supervision réalisées au cours mois ; - Transmettre le rapport consolidé des supervisions au DD Santé pour validation • Suivi post-supervision : Réaliser une visite post-supervision pour : <ul style="list-style-type: none"> - vérifier la mise en œuvre des recommandations pour la résolution des problèmes; - voir si ces activités sont faites dans le temps, si elles permettent de résoudre effectivement les problèmes, s'il y a des contraintes et difficultés
--	--

<p>Périodicité de la supervision</p>	<p>Dans le cadre du projet NFM3 paludisme volet communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • supervision des ASC par l'IDE : 1 visite de supervision + 1 visite de suivi tous les 3 mois ; • supervision des points focaux : 1 visite de supervision + 1 visite de suivi tous les 3 mois
<p>Prime de supervision</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 000 F.CFA par ASC supervisé • 5 000 F.FA par GF supervisé
<p>Quelques conseils pratiques pour la mise en œuvre des supervisions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le modèle de supervision qu'il ne faut pas faire : <ul style="list-style-type: none"> - Pas de planification, pas d'objectifs, pas de suivi - Supervision peu fréquente et hâtive - Supervision hiérarchique et centralisée - Ton critique : recherche ce que l'agent n'a pas bien fait pour le sanctionner - Superviseur joue le rôle de policier, de contrôleur ou d'inspecteur - Supervisé n'a pas droit à la parole : il exécute et se tait - Supervisé a peur de la supervision, il est découragé et démoralisé • Le modèle de supervision qu'il faut adopter : <ul style="list-style-type: none"> - Adopter une méthode de supervision qui met l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le coaching: encadrement du supervisé par le superviseur ○ La résolution conjointe des problèmes ○ La communication à double-sens - Utiliser un style participatif et démocratique - dynamique et favorise autoévaluation - opter pour une approche formative qui permet de corriger les lacunes identifiées sur le site

5.5. Directives pour la collecte et la validation des Données

5.5.1. Collecte et transmission des données

- **au plus tard le 02 du mois** : collecter toutes les rapports mensuels des ASC ;
- **entre le 02 et le 04 du mois** :
 - organiser une séance de travail avec les ASC pour valider leurs rapports mensuels ;
 - élaborer le rapport communautaire du centre de santé.
- **au plus tard le 05 du mois** : transmettre le rapport communautaire du centre de santé au district sanitaire.

5.5.2. Procédure de validation des données

Définition	La validation de données désigne toute activité visant à vérifier que la valeur d'une donnée provient d'un ensemble de données issues des outils de collectes primaires, de valeurs acceptables.
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier superviseur de l'ASC
Cible	<ul style="list-style-type: none"> • ASC • Groupements féminins
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la qualité des données déclarées pour l'obtention de résultats précis, complets et fiables • Identifier d'éventuelles menaces pour la qualité des données en vue d'une gestion adéquate
Méthodologie	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agrégation: Les nombres sont-ils correctement signalés à des niveaux supérieurs par rapport aux documents sources? 2) Contrôles croisés : Comparaison des données de plusieurs sources ; 3) Spot Check sur l'effectivité : Les bénéficiaires reçoivent-ils réellement les biens et services réclamés ?
Démarche	<p>Passez en revue les documents sources disponibles pour la période de rapportage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si toutes les fiches d'activités des ASC disponibles sont complètes, correctement remplies; 2. Passer en revue les dates sur les documents sources afin de s'assurer qu'elles font partie de la période de rapportage

	<p>3. Recompter le nombre de personnes, de cas ou d'événements enregistrés sur les fiches de collecte, les registres et comparer aux données des fiches de synthèse pour vérifier les différences de nombres;</p> <p>4. Recompter le nombre de personnes, de cas ou d'événements enregistrés sur les fiches synthèse et comparer aux données des rapports mensuels et les données dans la base de données informatiques.</p> <p>5. Sélectionner un échantillon de bénéficiaires dans la communauté et leur demander s'ils ont reçu les services ; si oui, en apprécier la qualité</p>
--	---

5.6. Directives pour l'approvisionnement des ASC en intrants communautaires

5.6.1. Médicaments et intrants éligibles au niveau communautaire

Médicaments essentiel	Bénéficiaires
TDR paludisme	enfants moins de 5 ans
CTA (ASAQ ou AL)	enfants de moins de 5 ans
Artesunate rectocaps (50mg, 100 mg)	enfants moins de 5 ans
Paracétamol 100mg, 250mg	enfants moins de 5 ans
Amoxicilline 250 mg	enfants moins de 5 ans
Contraceptifs : <ul style="list-style-type: none"> • Pilule • SAYANAPRESS 	Femmes en âge de procréer
Vitamine A : <ul style="list-style-type: none"> • Bleu : 1 000 000 UI • Rouge : 200 000 UI 	enfants de 6-59 mois
Déparasitant (Albendazole 400mg)	enfants de 12-59 mois
SRO +ZINC	enfants moins de 5 ans
Préservatifs	hommes et femmes
<ul style="list-style-type: none"> • ARV • COTRI 	PVVIH stable recommandé par les responsables des centres de santé
MILDA	<ul style="list-style-type: none"> • enfants de moins de 5 ans ne dormant pas sous une MILDA • femmes enceintes ne disposant pas de MILDA • membres des ménages ne disposant pas de MILDA
Gants propres	ASC
Boîte de sécurité	ASC

5.6.2. Directives pour l'approvisionnement des ASC en médicaments essentiels

- **Au niveau du centre de santé**
 - Procéder à l'estimation des besoins mensuels de chaque ASC sur la base des rapports mensuels (voir Tableau 8 – Gestion des médicaments par l'ASC) ;
 - Compiler les besoins de tous les ASC et, les prendre en compte dans la commande du centre de santé ;
 - Doter les ASC en médicaments et intrants et, retracer sur les fiches de stock ;
 - Faire l'inspection visuelle (vérification du contenu, les conditions de conservations, la date de péremption des produits) ;
 - Dans le cadre de leurs activités, les ASC bénéficieront de :
 - un stock de démarrage le 1er mois (25 TDR, 15 CTA, 10 traitement Amoxicilline et 10 SRO/zinc) comme dotation à chaque ASC ;
 - le réapprovisionnement se fera sur la base de la consommation antérieure pour ajuster la dotation convenue durant les 2 mois à venir.
 - En cas de rupture constatée chez un ASC, l'IDE a la possibilité de procéder à un transfert de médicaments et intrants entre ASC de son aire de santé.
 - Dans les zones où il y a une ONG partenaire de mise en œuvre, le superviseur de l'ONG ou la personne, chargé du suivi de la disponibilité hebdomadaire des intrants et médicaments au niveau des ASC se chargera de faire le suivi des transferts de médicaments et transmettre la note d'autorisation signée de l'agent de santé à l'ASC qui fournit les médicaments de transfert.

- **Au niveau district**
 - Disposer de la répartition des ASC actifs pour estimer les besoins mensuels ;
 - Prendre en compte les besoins des ASC dans la dotation des centres de santé ;
 - Préciser à partir du district la dotation mensuelle des ASC et des ESPC de façon séparée. (Marquer les intrants destinés aux ASC au niveau district) ;
 - Appuyer les IDE dans le rapportage et la commande des intrants communautaires ;
 - Tenir compte du stock de démarrage le 1er mois des ASC (25 TDR et 15 CTA 10 Amoxicilline et 10 SRO/zinc) pour approvisionner les centres de santé ;
 - Le réapprovisionnement se fera sur la base de la consommation antérieure pour ajuster la dotation convenue durant les 2 mois à venir ;

- En cas de rupture constatée chez un ou plusieurs ASC d'une aire sanitaire, si l'approvisionnement doit se faire à partir d'un ou plusieurs ASC d'une autre aire de santé, le transfert doit se faire préalablement entre aires de santé sous la supervision du pharmacien du district. Par la suite l'agent de santé procédera à l'approvisionnement des ASC en rupture.
- Dans les zones où il y a une ONG partenaire de mise en œuvre, le superviseur de l'ONG ou la personne, chargé du suivi de la disponibilité des intrants et médicaments au niveau des ASC, sera chargé de faire le suivi des transferts de médicaments et intrants et transmettre la note d'autorisation signé par le pharmacien du district aux centres de santé.

5.7. Directives pour le déploiement des mécanismes de redevabilité au niveau communautaire

5.7.1. Outils de redevabilité au niveau communautaire

- **Outils de redevabilité de l'ASC**

- Rendre compte des activités de santé communautaire lors des assemblées villageoises ;
- Participer aux réunions communautaires organisées par les autorités et leaders communautaires ;
- Utiliser et sensibiliser la communauté pour l'utilisation du numéro vert pour partager toute préoccupation et, dénoncer les cas d'abus dont il est victime ou est victime l'un des membres vulnérables de la communauté (enfants, femmes, femmes enceintes) en alertant le point focal identifié de sa zone.

- **Outils de redevabilité pour la communauté**

- Appeler gratuitement au numéro vert ;
- Informer le point focal identifié dans la communauté ;
- Déposer un courrier dans la boîte à suggestions mise en place dans la communauté, au centre de santé, au District Sanitaire, chez le SR ou chez Save the Children.

5.7.2. Procédure pour le déploiement des mécanismes de redevabilité

- **Informier les communautés :** Dans chacune des localités couvertes par le projet, organiser une rencontre avec le chef du village la notabilité, les leaders communautaires et les principales associations pour :
 - expliquer le projet et les résultats attendus pour leur communauté ;
 - expliquer également le code de conduite pour la mise en œuvre des activités communautaires, en insistant sur les abus qui ne doivent pas être commis par toutes personne qui intervient dans le cadre du projet (ASC, GF, agents de santé, superviseurs et personnels des SR, personnels de Save the Children) ;
 - présenter les outils qui permettent à la communauté de partager ses appréciations et ses préoccupations par rapport à ce qui est fait ou ce qui doit être fait ;
 - demander à la communauté de choisir les outils qu'elle préfère pour partager ses préoccupations ;
- **Mettre en place les outils de redevabilité :** en fonction du choix fait par la communauté, mettre en place les outils de redevabilité dans chacune des localités couvertes par les centres de santé ;
- **Sensibiliser les communautés pour l'utilisation des mécanismes de redevabilité :** à chaque activité en communauté, tous les acteurs doivent sensibiliser les communautés sur les outils mis en place et, les rassurer du traitement confidentiel de chacune des préoccupations partagées. Cette sensibilisation comprendra également la mise en place d'affiches et de panneaux ;
- **Enregistrer et traiter toutes les préoccupations partagées par les communautés,** conformément aux protocoles mis en place.

5.8. Rôle des Superviseurs (personnels déployés par les sous-réceptaires)

Les superviseurs sont des agents recrutés par les ONG sous-réceptaires et, affectés dans les districts sanitaires, principalement au niveau des sous-préfectures pour suivre la mise en œuvre des activités dans le cadre du projet NFM3 paludisme volet communautaire. Ils travaillent en étroite relation avec l'Equipe Cadre du District.

Les principales activités visent donc à :

- **Faciliter le processus de microplanification** des ASC et GF par les IDE sous la supervision de l'ECD : participer au calcul du nombre d'acteurs requis par localité et, à la répartition en fonction du quota attribué au district sanitaire ;
- **Suivre le processus de sélection** des ASC et GF mis en œuvre par les IDE sous la supervision de l'ECD : veiller au respect des critères de sélection et, à la promotion du genre ;
- **Superviser la formation** des ASC et GF par les IDE et SFDE, en collaboration avec l'ECD ;
- **Suivre la supervision** des ASC et GF par les IDE et SFDE :
 - veiller au respect du planning de supervision ;
 - participer physiquement à au-moins 01 visite de supervision sur 02 par ASC et par GF ;
 - collecter les rapports de supervision approuvés par l'ECD ;
 - établir les états de paiement des primes de supervision ;
- **Suivre l'approvisionnement des ASC en médicaments essentiels** : mettre à jour le tableau de bord en collectant les données sur la disponibilité des intrants au niveau communautaire tous les 15 jours ;
- **Faciliter le paiement des primes des ASC et GF** : élaborer les états de paiement des ASC et GF, sur la base des rapports validés, vérifier la conformité et, transmettre pour paiement dans le respect des délais fixés ;
- **Collecter, valider et saisir et analyser les données communautaires** :
 - Faciliter la collecte des listes des perdus de vue et leur transmission aux ASC et GF au-moins une fois par mois dans chaque ESPC ;
 - Faciliter la saisie des données de toutes les femmes enceintes reçues en CPN dans l'application CommCare au-moins une fois par mois dans chaque ESPC ;
 - Participer aux rencontres mensuelles de validation des données communautaires au niveau des ESPC ;
 - Vérifier la disponibilité des rapports mensuels des ASC au niveau des ESPC et, des rapports communautaires des ESPC au niveau du district sanitaire dans le délai requis ;
 - Apporter un appui pour la saisie des données dans DHIS2 ;
 - Mettre à jour la base de données du projet dans le délai requis ;

- **Faciliter le déploiement des mécanismes de redevabilité** au niveau communautaires : informer les communautés, mettre en place les outils de redevabilité, sensibiliser les communautés à l'utilisation des outils de redevabilité, contribuer à l'enregistrement des préoccupations ;
- **Suivre les activités des autres acteurs communautaires**, en collaboration avec l'ECD :
 - Radios de proximité ;
 - Leaders religieux ;
 - Etc.
- **Participer aux réunions de suivi des activités communautaires :**
 - Participer aux réunions de l'ECD pour présenter les résultats des activités communautaires, partager les difficultés rencontrées et les propositions de solution ;
 - participer aux réunions mensuelles dans les ESPC.

6. Directives techniques pour les activités des ASC

6.1. Cahier de charges de l'ASC

L'ASC met en œuvre un paquet intégré d'activités qui comporte des services promotionnels, des services de prévention, des services curatifs, des services de surveillance et, des activités de gestion.

En terme d'action concrètes sur le terrain, les activités des ASC consistent en :

- Recenser les ménages ;
- Sensibiliser les communautés et les ménages à travers des visites à domicile et des causeries de groupe ;
- Réaliser la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIMEc ou iCCM en anglais) ;
- Assurer la gestion des médicaments essentiels et intrants ;
- Distribuer les médicaments essentiels et intrants au niveau communautaire ;
- Réaliser la recherche des perdus de vue et le suivi des patients ;
- Réaliser la référence/orientation des cas graves vers le centre de santé ;
- Notifier les naissances et les décès survenus dans la communauté,
- Rechercher et notifier les cas alertes de maladies sous surveillance et les événements inhabituels de santé ;
- Collecter les données et rendre compte de ses activités ;
- Promouvoir le code de conduite et les mécanismes de redevabilité au niveau communautaire.

6.2. Directives pour le recensement des ménages

❖ Recensement des ménages

- Au début de chaque année, chaque ASC doit recenser les ménages de sa zone d'intervention (villages / quartiers), en utilisant la fiche d'identification des ménages disponible dans le cahier de l'ASC.
- A l'issue de ce dénombrement, l'ASC identifiera 60 ménages prioritaires au sein desquels il réalisera les visites à domicile (VAD). Il s'agit de tout ménage avec au-moins un (01) enfant de moins de cinq ans et/ou une (01) femme enceinte ;
- Un ménage est une entité comprenant la mère et ses enfants y compris tous les enfants dont elle a la charge : le responsable du ménage est la mère/personne en charge de l'enfant, le père étant le chef de famille. NB : dans une famille, il peut y avoir plusieurs ménages. Exemple : une famille polygame, c'est-à-dire l'homme avec plusieurs femmes.

❖ Liste des personnes influentes et/ou ayant l'autorité

- L'ASC doit aussi dresser la liste des personnes influentes et/ou ayant l'autorité, des associations et groupes formels et informels dans chacun des villages ciblés. Ces personnes-ressources et groupes seront ciblés en priorité pour les causeries de groupe (CG) et autres activités de mobilisation communautaire.

❖ Croquis du village et des quartiers

- A la fin du recensement, l'ASC doit dessiner le croquis du village et des autres ressources sociales en utilisant la page disponible dans le cahier de l'ASC, en suivant les consignes.
- L'ASC devra utiliser ce croquis pour tracer un plan de progression afin de couvrir efficacement l'ensemble de la population dans sa communauté d'intervention.

6.3. Directives pour la réalisation des Visites à Domicile (VAD)

Définition de la VAD	Visite que l'on rend à un ménage pour l'emmener à adopter un comportement favorable à la santé, ou pour l'aider à résoudre un problème de santé
Responsable	ASC
Cible prioritaire	<p>Ménage avec au-moins un enfant de moins de cinq ans et/ou une femme enceinte et/ou une femme allaitante.</p> <p>Dans ces ménages, l'ASC doit rencontrer en priorité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le chef de famille (le père) ; - le responsable du ménage (la mère) ; - les personnes qui s'occupent des enfants de moins de 5 ans ; - les femmes enceintes ; - les femmes allaitantes. <p>NB : Dans une concession familiale comportant plusieurs ménages, l'ASC doit réaliser une VAD dans chaque ménage.</p>
Objectifs de la VAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aider le ménage à adopter ou à renforcer les comportements favorables à la santé, y compris la prévention du paludisme, en appliquant les techniques de Communication pour le Changement de Comportement ; 2. Poser des actes concrets pour soutenir le ménage dans l'adoption des comportements favorables à la santé ; 3. Suivre et soutenir les ménages dans la gestion des problèmes de santé
Démarche	<p>❖ Avant la VAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choisir le ménage à visiter (critères) parmi les ménages prioritaires - Identifier le problème : "quel est le problème dans ce ménage ?" - Fixer l'objectif de la visite : "quel changement je dois obtenir dans ce ménage ?" - Prendre un rdv avec le ménage : "quand est-ce que vous pouvez me recevoir ?" - Rassembler tout le matériel nécessaire pour cette visite <p>❖ Pendant la VAD</p> <p>L'ASC doit suivre 3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refaire un état des lieux dans le ménage ; - Sensibiliser la famille en fonction des problèmes constatés ; - Aider la famille à poser des actes concrets pour le changement de comportement.

	<p>NB : Si la famille a des problèmes urgents de santé, l'ASC doit reporter la VAD et, aider la famille à régler le problème dans la mesure de ses possibilités.</p> <p>De manière détaillée, l'ASC devra suivre la démarche suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">- A l'arrivée dans le ménage :<ul style="list-style-type: none">✓ entrer et saluer avec respect, puis se présenter si nécessaire ;✓ Dire merci aux membres du ménage pour avoir accepté de vous recevoir ;✓ Annoncer l'objectif de la VAD, par exemple : "je suis venu travailler avec vous pour que nos enfants ne tombent plus malades du paludisme" ;✓ Rassurer la famille que tout ce que vous allez dire restera entre vous ;- Demander la permission et refaire un état des lieux dans ce ménage :<ul style="list-style-type: none">✓ Regarder la propreté autour et à l'intérieur de la maison, et vérifier l'existence ou l'absence de gîtes larvaires ;✓ chercher les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes;✓ Regarder si chaque matelas et chaque natte est protégée par une MILDA et, demander comment les MILDA sont utilisées et, comment elles sont entretenues ;✓ Chez les enfants de moins de 5 ans : demander si un enfant a le corps chaud, touse ou fait la diarrhée et le prendre en charge selon le protocole iCCM ;✓ Chez les bébé de moins d'un an : demander le carnet de santé et vérifier le respect du calendrier vaccinal ;✓ Chez les femmes enceintes : demander le carnet de santé mère-enfant, et vérifier le respect des rendez-vous de CPN et des prises de SP ;✓ Ne pas faire de commentaires, ne pas juger le ménage pendant l'état des lieux ;- En fonction des problèmes constatés lors de l'état des lieux, choisir un thème et sensibiliser la famille en utilisant la boîte à images, pour qu'elle adopte les bonnes pratiques ;<ul style="list-style-type: none">✓ Tout au long de la VAD, écouter attentivement les explications des membres de la famille, rester patient et respectueux ;✓ Dissiper les rumeurs, renforcer les connaissances ;✓ Faire une synthèse des échanges, et insister sur le message clé ;- A la suite de l'entretien, décider avec la famille et poser des actes concrets :<ul style="list-style-type: none">✓ Aider la famille à installer les MILDA au-dessus de chaque couchette, et montrer comment fourrer la MILDA avant de dormir ;
--	---

	<ul style="list-style-type: none">✓ Remettre une fiche de référence si la FE a manqué une prise de SP ou un rendez-vous de CPN ;✓ Référer/orienter les enfants dont le calendrier vaccinal n'est pas à jour ;✓ Etc. <p>❖ A la fin de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Annoncer que la VAD est terminée ;✓ Remercier une fois de plus le ménage pour sa disponibilité ;✓ demander la contribution des participants pour renseigner la Fiche de VAD ;✓ Prendre un rendez-vous avec le ménage pour la visite de suivi ;✓ Demander la route, puis ranger le matériel. <p>❖ Après la VAD</p> <ul style="list-style-type: none">- Faire une 1ère visite de suivi sept (07) jours plus tard. Cette visite a pour but de vérifier que le ménage a effectivement adopté les comportements désirés, et que les recommandations ont été suivies. Après avoir salué avec respect et annoncé le but de la visite de suivi, demander la permission et refaire un état de lieux. Féliciter le ménage si les comportements désirés sont adoptés, et apporter une aide supplémentaire si des problèmes persistent. Marquer la date de la visite de suivi sur la fiche de VAD avant de la transmettre avec le rapport mensuel.- Faire une 2ème visite de suivi après trois (03) mois. Cette visite a pour but de vérifier que le ménage continue de pratiquer les comportements désirés. Suivre la même démarche que pour la 1ère visite de suivi.
--	--

6.4. Directives pour la réalisation des causeries de groupe (CG)

Définition	Entretien éducatif entre un animateur et un groupe de 5 à 12 personnes, pour les emmener à adopter ou à maintenir et à soutenir l'adoption d'un comportement favorable à la santé
Cible prioritaire	<p>Chaque causerie de groupe doit être réalisée avec un groupe homogène :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chefs/décideurs des ménages concernés par le même problème (PFE) - Chefs de village, notables, chefs de quartiers - Leaders religieux et autres leaders communautaires ; - Autres leaders communautaires et toutes autres personnes influentes dans la communauté ; - Groupes et associations de femmes ; - Groupes et associations de jeunes ; - Accoucheuses traditionnelles ; - Mères, Grand-mères, Belles-mères, Tutrices. <p>NB : Dans une concession familiale comportant plusieurs ménages, si certains ménages sont concernés par le même problème de santé à traiter, l'ASC a la possibilité de les regrouper pour faire une Causerie de Groupe au lieu de faire des VAD pour chaque ménage. Il notifie alors cette séance sur la fiche de Causerie de Groupe.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Amener les participants à adopter, à maintenir et à soutenir des comportements favorables à la santé au sein de leurs ménages et dans la communauté - Soutenir l'engagement pris par les participants
Démarche	<p>❖ Avant la séance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choisir un groupe de personnes qui présentent un même problème ou, qui peuvent aider à résoudre un problème donné - Choisir un sujet unique pour la causerie, en fonction des problèmes identifiés : de quoi devons-nous discuter ? ; - Fixer les objectifs de la causerie : quel changement dois-je obtenir dans ce groupe ? - Fixer le rendez-vous à une date, une heure et un lieu qui conviennent à tout le groupe ;

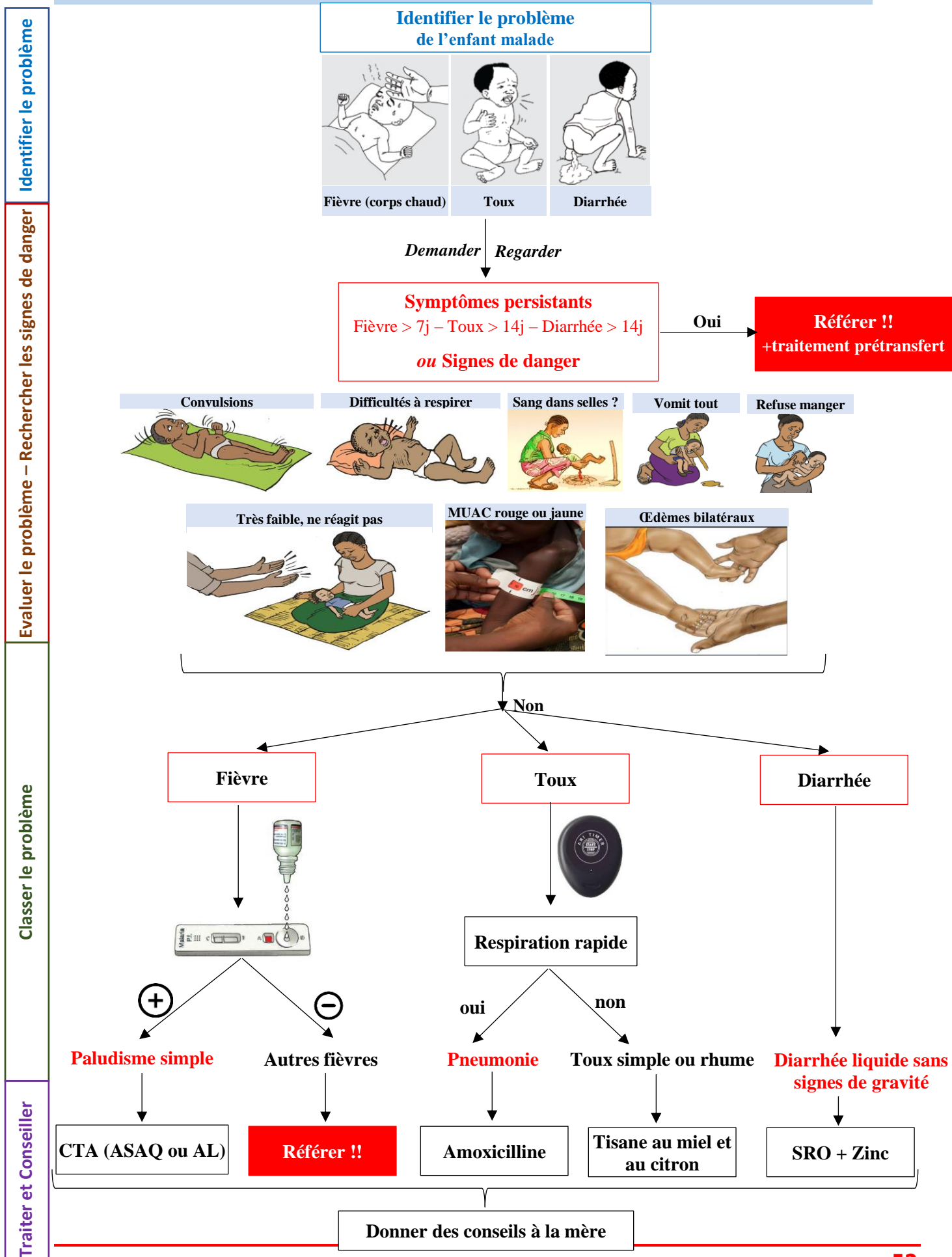
	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer la séance en relisant sa boîte à images et son manuel en fonction du sujet choisi ; - Rassembler tout le matériel nécessaire ; - Inviter si possible un autre ASC à sa séance ; - Choisir un site aéré, propre, sécurisé ; - Préparer le lieu de la causerie ou la salle (si c'est approprié) ; - S'assurer que tous les participants bénéficieront d'une place assise. <p>❖ Pendant la séance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arriver le premier sur le lieu de la causerie, avant l'arrivée des participants ; - S'assurer que tout ce dont il aura besoin est en place ; - Accueillir les participants, et les installer en un demi-cercle ; - Débuter la causerie de groupe <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saluer les participants avec respect. Puis, se présenter si nécessaire, et remercier les participants pour leur disponibilité ; ✓ Annoncer le sujet de la discussion de manière à captiver l'attention du groupe en évitant d'offenser qui que ce soit. Par exemple, raconter une anecdote ou une histoire vécue, poser des questions, etc. ; ✓ Informer le groupe que tout le monde doit se sentir à l'aise et libre de parler ; ✓ Inviter chaque participant à partager son avis sur le thème : "qu'en pensez-vous ?" - Utiliser la boîte à images pour conduire l'entretien sur le sujet choisi, et faire participer tout le monde aux échanges ; <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer que tous les participants voient bien les images ; ✓ Poser des questions ouvertes pour évaluer le niveau de compréhension du sujet par les participants : "que pensez-vous de... ?", "pourquoi faut-il se laver les mains avant le repas ?", etc., mais éviter les questions à réponses « oui » ou « non ») ; ✓ Dissiper les rumeurs, renforcer les connaissances ; ✓ Faire une synthèse des échanges, et insister sur le message clé ; ✓ Demander aux participants l'information la plus importante qu'ils ont retenue et, s'ils sont disposés à adopter le comportement favorable à la santé et comment ; ✓ Amener chaque participant à annoncer une action qu'il/elle prendra pour pratiquer et/ou soutenir l'adoption du comportement désiré ;
--	---

	<ul style="list-style-type: none">- A la fin de la causerie<ul style="list-style-type: none">✓ annoncer que la causerie est terminée ;✓ demander la contribution des participants pour renseigner la fiche de causerie de groupe (noms, prénoms, contacts, signatures) ;✓ renseigner les difficultés rencontrées, solutions proposées, bonnes pratiques observées et l'heure de fin ;✓ Remercier les participants pour leur disponibilité et pour l'engagement qu'ils ont pris d'adopter/renforcer le comportement favorable à la santé ;✓ Respecter les manières traditionnelles pour mettre fin à la causerie, et ranger le matériel. ❖ Après la séance<ul style="list-style-type: none">- Faire sa propre évaluation pour s'améliorer lors de la prochaine séance.- Remplir la fiche de suivi des activités d'animation- Revoir son plan de travail si nécessaire
--	--

6.5. Directives pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIME-c ou iCCM)

Définition	Protocole de prise en charge des principales maladies tueuses des enfants (paludisme, diarrhée, pneumonie, malnutrition) dans la communauté
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Enfants de 2 mois à 5 ans
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Rapprocher les services de santé des populations ayant un accès limité aux centres de santé - Assurer une prise en charge précoce du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie en vue d'une réduction de leur taux de létalité - Identifier les cas graves en vue d'une référence précoce en vue de minimiser les complications et les décès
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rechercher activement les enfants de moins de 5 ans qui ont le corps chaud, qui toussent ou qui font la diarrhée <ul style="list-style-type: none"> - Chaque jour : l'ASC doit visiter systématiquement au-moins 5 ménages sur les 60 ménages prioritaires, pour demander s'il y'a des enfants de moins de 5 ans qui ont le corps chaud, qui toussent ou qui ont la diarrhée et les prendre en charge - lors des VAD : l'ASC doit toujours commencer en demandant s'il y'a des enfants de moins de 5 ans qui ont le corps chaud, qui toussent ou qui font la diarrhée et les prendre en charge ❖ Prendre en charge les enfants qui sont emmenés par leurs parents <ul style="list-style-type: none"> - L'ASC doit toujours accepter de recevoir des enfants de moins de 5 ans qui lui sont apportés par les parents parce qu'ils ont le corps chaud, toussent ou ont la diarrhée ❖ Respecter le protocole de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir l'enfant et rassurer les parents - Identifier le problème de l'enfant (fièvre, toux ou diarrhée) - Evaluer le problème de l'enfant et rechercher les signes de danger - Référer immédiatement l'enfant en cas de signe de danger après avoir administré le traitement pré-transfert - Classer le problème de l'enfant et traiter si pas de signes de danger - Donner des conseils aux parents - Visiter l'enfant après trois (03) jours pour vérifier son état de santé

Démarche de l'iCCM



6.6. Directives pour la gestion des médicaments essentiels

Définition	Ensemble des actions réalisées par l'ASC pour commander, réceptionner, stocker, dispenser et rendre compte de l'utilisation des médicaments et intrants essentiels qui lui sont mis à disposition
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Bénéficiaires des soins prodigués par l'ASC
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir la disponibilité permanente et l'accessibilité de médicaments et intrants essentiels de qualité au niveau des ASC et une traçabilité efficace
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Commande : pour le moment, l'ASC n'élabore pas de commande spécifique pour les intrants qu'il doit recevoir. Les besoins en intrants de chaque ASC sont estimés par l'infirmier superviseur qui regroupe les besoins de tous les ASC et, inclut les besoins pour les activités communautaires dans la commande de l'ESPC. Lorsque la dotation reçue se termine au cours du mois, l'ASC doit informer l'infirmier et, se rendre au centre de santé pour recevoir une dotation en urgence. L'infirmier note toutes les sorties de médicaments sur les fiches de stock mise à disposition dans cette optique. - Réception : lorsque l'ASC reçoit une dotation en médicaments, il note les quantités reçues pour chaque médicament et intrants sur la Fiche de gestion des stocks des médicaments et intrants de l'ASC disponible dans le Registre de l'ASC ; - Stockage et Conservation : l'ASC doit conserver tous les médicaments qu'il reçoit dans sa boîte à pharmacie, pour protéger les médicaments et intrants. Les médicaments ne doivent pas être exposés au soleil et à la portée de toute autre personne non autorisée. - Dispensation : lorsque l'ASC administre un traitement, il doit lui-même préparer et donner la 1^{ère} dose pour montrer aux parents de l'enfant comment faire. L'ASC coche le type de traitement administré en fonction du cas sur la fiche d'enregistrement et de prise en charge des cas disponible dans le Registre de l'ASC. A la fin de la journée, il fait le point des traitements utilisés et, note le nombre total de chaque produit distribué au cours de la journée sur la Fiche de gestion des stocks des médicaments et intrants de l'ASC disponible dans le même registre. Si un médicament manque au cours d'une ou plusieurs journées, l'ASC coche d'un trait oblique le/les jours concernés par la rupture de ce médicament sur la même fiche ;

	<p>- Rapportage : A la fin du mois, l'ASC doit rendre compte de la gestion des médicaments. A partir de la Fiche de gestion des stocks des médicaments et intrants de l'ASC, l'ASC fait le point des quantités reçues, des quantités distribuées, des quantités perdues ou avariées, quantité à la fin du mois et, des jours de rupture. Puis, il note ces informations dans le Tableau 8 – Gestion des médicaments par l'ASC disponible dans le Rapport mensuel de l'ASC.</p> <p>Ainsi, chaque fin de mois (avant le 03 du mois en cours) l'ASC se rend au centre de santé avec sa boîte à pharmacie et ses outils de collecte de données pour :</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaborer et transmettre son rapport mensuel d'activités,- Participer à la validation de données et convenir avec l'IDE de sa dotation mensuelle en médicaments et intrants,- Et récupérer sa dotation mensuelle.- Dans les zones où il y a une ONG partenaire de mise en œuvre, le superviseur de l'ONG ou la personne, chargé du suivi de la disponibilité des intrants et médicaments au niveau des ASC, sera chargé de faire le suivi des transferts de médicaments et intrants et transmettre la note d'autorisation signé par le pharmacien du district aux centres de santé.
--	---

6.7. Directives pour la distribution des médicaments essentiels au niveau communautaire

Définition	Dispensation de médicaments et intrants essentiels dans la communauté, conformément aux procédures établies
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Bénéficiaires des soins prodigués par l'ASC
Objectifs	Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels et intrants (MILDA, contraceptifs, etc.) aux populations cibles
Démarche	<p>Identifier les bénéficiaires conformément aux critères établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ MILDA : enfants de moins de 5 ans ne dormant pas sous une MILDA, femmes enceintes ne disposant pas de MILDA, autres membres des ménages ne disposant pas de MILDA ✓ TDR paludisme : enfants moins de 5 ans ; ✓ CTA: enfants de moins de 5 ans; ✓ Artesunate suppo(50mg , 100 mg) : enfants de moins de 5 ans; ✓ Paracétamol (100mg , 250 mg) : enfants de moins de 5 ans; ✓ Amoxicilline (250 mg) : enfants de moins de 5 ans ✓ Contraceptifs (pilule et SAYANAPRESS) : Femmes en âge de procréer ✓ Vitamine A(Bleu :100000 UI , Rouge : 200 000 UI) : enfants de 6-59 mois, ✓ Déparasitant : enfants de 12-59 mois ; ✓ SRO +ZINC : enfants moins de 5 ans ; ✓ Préservatifs : hommes et femmes ; ✓ ARV / COTRI : PVVIH stable recommandé par les responsables des centres de santé (PVVIH sous traitement depuis un an qui a bénéficié de deux charges virales consécutives supprimé qui ne présente aucune affection opportuniste qui ne présente pas de grossesse ni d'état d'allaitement et ne présentant aucun effet indésirable aux médicaments ARV / COTRI)

6.8. Directives pour la recherche des perdus de vue

6.8.1. Définitions

- **Perdu de vue** : Toute personne qui a manqué à son rendez-vous au centre de santé (femmes enceintes, enfants de 0-5 ans, les tuberculeux, les séropositifs...).
- **Recherche des perdus de vue** : consiste à retrouver les personnes qui ont manqué à leur rendez-vous au centre de santé.
- **Suivi des malades** : C'est lorsque l'ASC va dans la communauté pour voir si le malade observe ce que l'Infirmier, la Sage-Femme ou l'ASC lui-même lui a prescrit.

6.8.2. Démarche de recherche des perdus de vue

La recherche des perdus de vue doit être réalisée systematiquement tous les mois en suivant les étapes ci-dessous :

❖ Etape 1 : Recensement des perdus de vue

- Une fois par mois, la sage-femme ou l'infirmier établit la liste des perdus de vue ;
- A la fin du mois, l'ASC doit se rendre au centre de santé pour recevoir la liste des personnes de son village qui ont manqué leur rendez-vous de la part de l'infirmier ou de la sage-femme remet à l'ASC ;
- L'ASC enregistre les personnes à retrouver dans le Cahier de l'ASC en utilisant la *Fiche d'activité de recherche des enfants en série vaccinale perdus de vue* et la *Fiche d'activité de recherche des femmes enceintes sous SP perdues de vue* ;

❖ Etape 2 : Recherche des perdus de vue

- L'ASC se rend dans les ménages pour chercher les perdus de vue ;

❖ Etape 3 : Référence des perdus de vue retrouvés dans la communauté

- Quand l'ASC retrouve un perdu de vue dans la communauté, il lui donne un bulletin de référence et l'aide à venir au centre de santé pour son rendez-vous ;

❖ Etape 4 : Suivi de la référence

- L'ASC doit visiter la personne qu'il a référé pour vérifier si elle est effectivement partie au centre de santé. Pour confirmer que cette personne a été reçue au centre de santé, il demande à voir la Fiche de contre-référence remise par l'agent de santé.
- Puis, il enregistre la personne comme "cas perdu de vue retrouvé ayant bénéficié de la prestation" (SP, CPN, vaccination, ARV, etc.)

NB : Au cours de ses VAD et les séances éducatives, en contrôlant les rendez-vous dans le carnet de santé, l'ASC peut découvrir des personnes ayant manqué leur rendez-vous. L'ASC doit alors remplir et remettre une fiche de référence au malade pour qu'il se rende au centre de santé pour voir l'infirmier ou la sage-femme.

❖ Cas particuliers

- Si le cas retrouvé et référé consulte dans un centre de santé autre que celui de l'aire de l'ASC, celui-ci récupère la fiche de contre référence puis enregistre comme "cas perdu de vue retrouvé et référé" ayant bénéficié de la prestation (SP, CPN, vaccination, ARV, etc.) dans un autre centre de santé. Ensuite, il informe l'infirmier ou la sage-femme de son aire, qui à son tour notifie dans son registre ce cas perdus de vue retrouvés ayant reçu la prestation dans un autre centre de santé.
- Pour les cas non déclarés perdus de vue dans l'aire de santé, mais retrouvés en communauté lors des activités des ASC (VAD et CG) :
 - les cas retrouvés dans ces circonstances sont également référés au centre de santé avec une fiche de référence ;
 - L'ASC fait le suivi du cas référé et récupère la fiche de contre référence puis enregistre comme "cas retrouvé en communauté ayant bénéficié de la prestation (SP, CPN, vaccination, ARV, etc.) ;
 - L'information est portée au superviseur de l'aire qui informe son collègue superviseur de la zone de provenance du cas retrouvé. Le superviseur se chargera d'informer l'ASC et l'agent de santé (IDE/SFDE) de la localité de provenance. Ceux-ci notifient dans leur registre ce cas, comme "perdu de vue, retrouvé ayant reçu la prestation dans un autre centre de santé".

6.9. Directives pour la notification des décès et des naissances

Définition	Enregistrement des décès et des naissances survenus dans la communauté
Responsable	ASC
Cible prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> - Naissances survenues dans la communauté - Décès survenus dans la communauté
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour les informations relatives au recensement des ménages - Identifier des événements d'intérêt en santé publique
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - L'ASC doit surveiller sa communauté pour repérer toutes les naissances et tous les décès. L'ASC doit demander aux ménages de toujours l'informer dès qu'un enfant est né ou, s'il y'a un décès même si c'est un nouveau-né. - En cas d'une naissance dans la communauté, l'ASC doit enregistrer les informations relatives au bébé en utilisant la fiche de notification des naissances au niveau communautaire disponible dans le Registre de l'ASC. - En cas de décès d'un enfant de moins de 5 ans, l'ASC doit enregistrer les informations relatives à l'enfant en utilisant la fiche de notification des décès infantiles au niveau communautaire disponible dans le Registre de l'ASC. - En cas de décès d'une mère (pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou jusqu'à 42 jours après l'accouchement), l'ASC doit enregistrer les informations relatives à la mère en utilisant la fiche de notification des décès maternels naissances au niveau communautaire disponible dans le Registre de l'ASC

6.10. Directives pour la Surveillance Basée sur les Evénements

6.10.1. Objectif de la SBE

Détecter très rapidement les problèmes de santé qui peuvent aboutir à une épidémie.

Pour se faire, l'ASC doit aider l'infirmier à identifier :

- les cas alertes des maladies sous surveillance ;
- les événements de santé inhabituels.

6.10.2. Procédure de notification

❖ **Notification des cas : Qui déclare et à qui ?**

❖ **Comment l'ASC fait la notification?**

Quand	Avec quoi	Supports
Immédiatement devant tout cas	<ul style="list-style-type: none"> - Appel téléphonique - Envoi de SMS - Déplacement vers le centre de santé (vélo, moto, taxi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Registre de l'ASC <ul style="list-style-type: none"> ➤ 7.c- Fiche de notification des cas suspects de maladie sous surveillance ➤ 8.d- Fiche de notification des cas suspects d'autres maladies orientées vers les centres de santé par l'ASC - Fiche de pointage de l'ASC pour le comptage des cas alertes des maladies sous surveillance et des événements de santé inhabituels
Notification hebdomadaire (chaque semaine)	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement vers le centre de santé (vélo, moto, taxi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de l'ASC pour la compilation des cas alertes des maladies sous surveillance et des événements de santé inhabituels

6.10.3. Cas à notifier

❖ Cas alertes des maladies sous surveillance

Signes	Définition communautaire des maladies	Illustrations
Diarrhée	Toute personne âgée de plus de 5 ans ayant 3 selles liquides abondantes au cours de la journée	
Fièvre + Raideur	Toute personne souffrant de : <ul style="list-style-type: none"> - fièvre (corps chaud) - + raideur du cou (chez l'adulte) ou bombement de la fontanelle (chez le nourrisson) 	
Paralysie	Tout enfant de moins de 15 ans qui rampait ou marchait et brusquement ne rampe plus ou ne marche plus	
Fièvre + Boutons	Toute personne souffrant de : <ul style="list-style-type: none"> - fièvre (corps chaud) - avec des boutons sur le corps 	
Fièvre + yeux jaune	Toute personne souffrant de fièvre (corps chaud) avec jaunissement des yeux ou de la peau (plantes des pieds, ongles, paumes des mains)	

Signes	Définition communautaire des maladies	Illustrations
Fièvre + saignement	Toute personne souffrant de : - fièvre élevée (corps chaud) d'apparition brutale - + saignements ou diarrhée rouge ou sang dans les urines ou - toute personne décédée brusquement	
Refus de téter + Raideur	Tout nouveau-né (moins de 1 mois) : - qui refuse de téter et devient dur ou - qui meurt pendant le premier mois de sa vie	
Ver blanc + plaie	Toute personne souffrant de plaies sur le corps avec apparition d'un ou plusieurs vers blancs	
Fièvre + nez qui coule (COVID-19)	Toute personne souffrant de : - fièvre (corps chaud) - + toux, maux de gorge et nez qui coule	

❖ Événements de santé inhabituels

Tout **nouveau problème de santé** d'apparition brutale au niveau de la communauté (maladies ou décès), qui touche les hommes, les animaux pouvant être causé par tout ce qu'on mange, boit ou respire ou de causes inconnues

➤ **Décès (nombre élevé de décès sur une courte période) :**

- Personnels soignants décédés ;
- Personne morte subitement ;
- Animaux/poissons morts ;

➤ **Malades :**

- Soignants malades ;
- Animaux/poissons malades ;
- Personne arrivée d'un pays/région en épidémie ;
- Morsures d'animaux ;

➤ **Dépôt de produits / déchets malodorants inhabituels.**

6.11. Directives sur le Code de Conduite des acteurs communautaires et le déploiement des mécanismes de redevabilité

6.11.1. Code de conduite de l'acteur communautaire

L'acteur communautaire (ASC, groupement féminin) doit suivre un code de Conduite pour être autorisé à mettre en œuvre et à poursuivre les activités de santé communautaire.

Ce code de conduite est un ensemble de règles qui disent comment l'acteur communautaire doit se comporter et ce qu'il ne doit pas faire. Le code de conduite s'applique à l'acteur communautaire et à tous les autres acteurs de la santé communautaire, aussi bien dans le cadre des activités dans leur vie personnelle.

Le code de conduite permet de protéger les bénéficiaires des abus, de maintenir la confiance à tous les niveaux et, de réduire le risque d'incidents tombant sous le coup de la loi pénale ou civile. Si l'acteur communautaire viole les règles du Code de Conduite, il s'expose à des sanctions pouvant aller jusqu'à des poursuites pénales.

Chaque acteur communautaire doit s'engager à :

❖ Respecter la confidentialité :

- Garder le secret sur tout ce que l'acteur communautaire apprendra dans le cadre des activités de santé communautaire ;
- Ne pas raconter la vie et les problèmes de santé des personnes et des ménages ;

❖ Ne pas commettre de fraudes :

- Ne pas trafiquer ou fabriquer des données, ne pas dire ce qu'on n'a pas fait ;
- Ne pas encaisser de l'argent aux ménages pour réaliser les activités communautaires ;
- Ne pas exiger des pots de vins, une commission, un pourcentage pour toute activité ;

❖ Ne pas utiliser sa position pour commettre des abus sur les enfants :

Est considéré comme enfant toute fille ou tout garçon âgé de moins de 18 ans, quelque soit la coutume locale. Les abus qu'il ne faut commettre sur les enfants sont :

- **les abus sexuels** : il est interdit d'avoir des rapports sexuels avec une personne de moins de 18 ans, de faire des attouchements sexuels, de faire des avances sexuelles, de partager des images pornographiques, de filmer la nudité d'un enfant ;

- **l'exploitation** : il est interdit d'utiliser les enfants dans des activités qui nous permettent de gagner de l'argent à leur détriment. L'exploitation comprend le trafic des enfants (utiliser les enfants comme manœuvre dans les champs ou comme servantes), l'exploitation sexuelle (prostituer les enfants), la contrebande, les enfants soldats ;
 - **les violences physiques** : il est interdit de frapper, taper, pincer un enfant ;
 - **les violences émotionnelles** : il est interdit de crier, d'humilier ou de déstabiliser psychologiquement un enfant ;
 - **la négligence** : il est interdit de délaisser les enfants en ne répondant à leurs besoins de base à savoir les nourrir, les soigner, les habiller décentement. Ne pas rapporter une situation portant préjudice à un enfant est une négligence ;
- ❖ **Ne pas utiliser sa position pour harceler ou pour brimer d'autres personnes, femmes et hommes :**
- Ne pas draguer, ou faire des attouchements contre la volonté de l'autre ;
 - Ne pas demander des faveurs sexuelles en échange des services rendus ;
 - Ne pas humilier, crier, insulter des personnes parce que je suis acteur de santé communautaire ;
 - Ne pas faire de discrimination entre les personnes à cause de leur religion, de leur ethnie, de leur âge, parce qu'ils sont pauvres, etc. L'acteur communautaire doit offrir ses services à tout le monde sans discrimination.

6.11.2. Rôle et responsabilité de l'acteur communautaire dans la Redevabilité

- ❖ **Que doit faire l'acteur communautaire avant la mise en place du mécanisme de redevabilité :**
- S'approprier des connaissances qu'on lui a données sur la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de redevabilité ;
 - Sensibiliser et Mobiliser la communauté sur les mécanismes de redevabilité et leur importance dans l'amélioration des activités de santé communautaire.

❖ **Que doit faire l'acteur communautaire pendant la mise en œuvre de la redevabilité :**

- **Informé la communauté** sur les activités, objectifs et les résultats attendus du projet ;
- **Tenir une réunion avec le chef du village, sa notabilité et les leaders communautaires tous les mois** pour leur présenter les résultats de ses activités, les difficultés qu'il rencontre et, les solutions qu'il propose ;
- **Tenir une assemblée villageoise avec toute la communauté tous les 6 mois** pour présenter les résultats et les améliorations obtenues, expliquer les difficultés et les propositions de solution dans la mise en œuvre des activités de santé communautaire ;
- **Sensibiliser la communauté sur le code de conduite et, sur l'utilisation des moyens pour partager les préoccupations** : numéro vert, point focal, boîtes à suggestion, etc. ;
- **Signaler toutes les violations du code de conduite** ;
- **Notifier immédiatement tout évènement inhabituel** mettant en danger la vie des communautés en général et celles des enfants en particulier.

❖ **Que doit faire l'acteur communautaire après la mise en place du mécanisme de redevabilité :**

La redevabilité étant une activité continue, l'acteur communautaire doit poursuivre les différentes activités qui ont été développées et qui lui incombent.

7. Directives techniques pour les activités des Groupements Féminins (GF)

7.1. Cahier de charges du GF

Les principales activités des GF :

- Identifier les femmes du voisinage ;
- Visiter les femmes du voisinage pour les aider à adopter les pratiques familiales essentielles ;
- Rechercher les perdus de vue ;
- Collecter les données et rendre compte des activités ;
- Promouvoir le code de conduite et les mécanismes de redevabilité au niveau communautaire.

7.2. Directives pour l'identification des femmes de voisinage

Définition	Sélection des femmes cheffes de ménage qui seront suivies au cours de la l'année par les points focaux des groupements féminins
Responsable	Point focal du groupement féminin
Cible prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes ayant au-moins un enfant de moins de 5 ans - Femmes enceintes
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Couvrir toutes les femmes ayant des enfants de moins de 5 ans et/ou enceintes avec des activités de sensibilisation sur les pratiques familiales essentielles
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Repartir les quartiers du village entre les différents points focaux du GF ; - Chaque point focal regarde parmi les femmes qui habitent à proximité d'elle et, choisit 36 femmes parmi celle qui sont enceintes ou qui s'occupent d'un ou de plusieurs enfants de moins de 5 ans - Ecrire la liste des 36 femmes dans le Registre d'Activités du groupement féminin

7.3. Directives pour les visites de soutien aux femmes du voisinage

Définition	Visite au domicile d'une femme du voisinage pour l'aider à adopter les pratiques familiales essentielles
Responsable	Point focal du groupement féminin
Cible prioritaire	Femmes de voisinage
Objectifs	Susciter l'adoption ou le maintien des pratiques familiales essentielles par les femmes enceintes et/ou en charge des enfants de moins de 5 ans
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre un rendez-vous avec la femme - A son arrivée, le point focal expliquer qu'elle vient pour partager des conseils sur ce qu'il faut faire pour garder la bonne santé ; - Regarder si les PFE applicables à la famille sont appliquées : <ul style="list-style-type: none"> ➤ si les PFE sont appliquées, le point focal félicite la femmes et l'encourage à continuer ➤ Si les PFE ne sont pas appliquées, le point focal doit aider la femme à le faire en réalisant un entretien éducatif grâce aux images du livret d'activités puis, en posant des actions concrètes comme aider à installer une MILDA. - A la fin de la visite, la femme marque ce qu'elle a vu dans le registre d'activités et, sur le Calendrier de Visite accroché dans la maison de la femme

7.3.1. Démarche de recherche des perdus de vue

❖ Etape I : Recensement des perdus de vue

- Une fois par mois, la sage-femme ou l'infirmier établit la liste des perdus de vue ;
- A la fin du mois, les points focaux du GF doivent se rendre au centre de santé pour recevoir la liste des personnes de son village qui ont manqué leur rendez-vous de la part de l'infirmier ou de la sage-femme remet aux points focaux du GF ;
- Les points focaux du GF enregistrent les personnes à retrouver dans le Cahier des points focaux du GF en utilisant la *Fiche d'activité de recherche des enfants en série vaccinale perdus de vue* et la *Fiche d'activité de recherche des femmes enceintes sous SP perdues de vue* ;

❖ Etape 2 : Recherche des perdus de vue

- Les points focaux du GF se rendent dans les ménages pour chercher les perdus de vue ;

❖ Etape 3 : Référence des perdus de vue retrouvés dans la communauté

- Quand les points focaux du GF retrouvent un perdu de vue dans la communauté, elles lui donnent un bulletin de référence et l'aident à venir au centre de santé pour son rendez-vous ;

❖ Etape 4 : Suivi de la référence

- Les points focaux du GF doivent visiter les personnes qu'elles ont référé pour vérifier si elles sont effectivement parties au centre de santé. Pour confirmer que cette personne a été reçue au centre de santé, elles demandent à voir la Fiche de contre-référence remise par l'agent de santé.
- Puis, elles enregistrent la personne comme "cas perdu de vue retrouvé ayant bénéficié de la prestation" (SP, CPN, vaccination, ARV, etc.)

NB : Au cours des visites de soutien aux femmes du voisinage, en contrôlant les rendez-vous dans le carnet de santé, les points focaux du GF peuvent découvrir des personnes ayant manqué leur rendez-vous. Les points focaux du GF doivent alors remplir et remettre une fiche de référence au malade pour qu'il se rende au centre de santé pour voir l'infirmier ou la sage-femme.

8. Directives techniques pour la mise en œuvre des activités des Radios de Proximité

8.1. Cahier de charges de la radio de proximité

Les principales activités des radios de proximité visent à :

- Programmer et diffuser des PAD (prêts à diffuser) : spots, microprogrammes ;
- Programmer et diffuser des émissions radio

8.2. Programmation et diffusion des PAD

8.2.1. Programmation des activités de santé

- Choisir des plages horaires adéquates : en collaboration avec l'ECD et le superviseur, la radio détermine les horaires de passage des PAD en tenant compte des facteurs suivants :
 - exigences du public cible ;
 - habitudes de consommation médiatique de la communauté.

8.2.2. Diffusion des PAD

- **Remettre les PAD à la radio de proximité** : les PAD sont transmis aux radios via des clefs USB par les sous bénéficiaires. Les messages contenus dans les spots sont élaborés sur base des études comportementales et des données épidémiologiques disponibles approuvées par le Ministère de la Santé ;
- **Traduire ou doubler les spots en différentes langues locales** : en cas de besoin, la radio peut traduire ou doubler les spots en différentes langues locales, afin de tenir compte des habitudes culturelles des populations et surtout, du faible niveau d'alphabétisation des populations exposées au message.
- **Alterner les diffusions des PAD** : pour plus d'efficacité, il est recommandé de planifier une diffusion alternée des PAD. L'objectif étant d'assurer une diffusion permettant aux auditeurs d'être exposés à tous les messages de façon continue, avec une variante pour éviter la lassitude. Pour ce faire, le plan media devra tenir compte du mixage des supports et faire apparaître les diffusions de chaque support distinctement en termes de programmation journalière et hebdomadaire rationnelle des différentes tranches horaires dans les 53 districts sanitaires.

8.3. Programmation des émissions radios

8.3.1. Directives de réalisation des émissions radios directes et en différées.

- La Programmation des émissions radio se fera en accord partie avec le chargé de l'émission (Animateur désigné) de la Radio, le Superviseur SR et le District sanitaire.
- S'assurer de l'élaboration conjointe de la programmation des émissions avec les DDS à travers les points focaux communication ou autres membres désignés de l'ECD*;
- Partager la programmation mensuelle validée des émissions de sensibilisation aux acteurs concernés (Radios/ DDS/SR/CZ) au plus tard le 5 de chaque nouveau mois ;
- S'assurer de la participation effective des districts sanitaires aux émissions radios ;
- En cas d'absence du représentant désigné du DDS, toute émission radio réalisée doit être enregistrée et transmise au district pour écoute préalable avant diffusion ;
- Le district aura à charge de valider les contenus avant diffusion publique.
- En fin de mois, la radio transmettra au SR en plus rapport de diffusion, le rapport de pige et les copies enregistrées des émissions au plus tard le 05 de chaque nouveau mois.

8.3.2. Etapes de réalisation des émissions radios directes et en différées.

S'assurer du respect des 03 étapes de réalisation des émissions radios.

❖ Avant l'émission

- Elaborer un conducteur avec les invités et l'animateur ;
- Préparer de l'émission avec le district ;
- Briefer les invités et participants sur le déroulement de l'émission et le contenu de chaque partie ;

❖ Pendant l'émission

- Ouvrir l'émission avec un jingle attractif en routine pour fixer les auditeurs ;
- Ouvrir l'émission par une salutation des auditeurs ;
- Echange interactif avec l'animateur ;
- Structurer la prise de parole ;
- Enregistrer l'émission ;

❖ **Après l'émission**

- Remercier les auditeurs en fin d'émission ;
- Rappeler l'appel à l'action avant coupure des micros ;
- Archivage sonore de l'émission sur Disque de stockage ;
- Partage de la copie enregistrée des émissions aux acteurs (DDS/CZ/SR) les 5 de chaque mois.

8.3.3. Réalisation d'émission publique ou émission interactive

❖ **Emission publique**

Le caractère principal d'une radio communautaire est la participation des membres aux activités communautaires. Aussi est-il important d'impliquer les communautés aux activités de production. Cette implication des communautés à la production peut se faire par exemple par la réalisation d'émissions publiques. Ici la radio se déplace et va au cœur des communautés. Les auditeurs ne se contentent plus d'être des récepteurs passifs mais participent activement à la production des informations et des émissions qui leur sont destinées.

La radio peut se déplacer régulièrement dans la communauté en donnant la parole aux communautés. C'est une occasion pour les populations d'exprimer leurs vues, leurs opinions ou même de se libérer de leurs préjugés et idées préconçues. Ces émissions peuvent également permettre de recueillir des témoignages, les bonnes pratiques qui pourront être considérés comme des modèles pour leur communautés. En somme, ces émissions publiques sont un moyen de décentralisation des activités de la radio.

❖ **Emission interactive**

La conception de l'émission prévoit une interaction avec les auditeurs via des appels téléphoniques ou des messages sur les réseaux sociaux.

❖ **Mise en boîte des émissions/Frigo**

En vue de faire aux probables cas absences, d'indisponibilité ou d'empêchement des acteurs du niveau ECD à même de rendre impossible la réalisation des émissions radios programmées, il est recommandé de privilégier les émissions anticipées et faire des mises en boîte.

Les animateurs des radios, techniciens, superviseur SR et le district doivent réaliser des émissions en avance ou en anticipation. Dans ce sens, plusieurs émissions pourront être réalisées et mises en stockage sur support pour une diffusion planifiée et programmée ultérieurement. Les avantages des mises en boîtes ou frigo :

- Réaliser les émissions (en avance) / Pré-enregistrer pour diffusion ultérieure ;
- Anticiper sur les conflits d'Agenda dans la mise en œuvre des activités ;
- Anticiper sur l'indisponibilité des membres de l'ECD et des autres acteurs communautaires.
- Disposer d'un stock d'émissions dans la base de données ;
- Pas de nécessité de rendre disponible les membres des ECD.

❖ **Implication des acteurs communautaires et Leaders religieux aux émissions**

Les radios partenaires intègrent de plus en plus le dispositif communautaire de prévention et de prises en charge des cas dans la communauté. Ce positionnement des radios dans les districts sanitaires nécessite une étroite collaboration entre les radios avec les leaders communautaires et religieux afin de pouvoir conduire les actions de sensibilisation avec efficacité sous le leadership des districts sanitaires. Cette démarche exige que les radios impliquent les acteurs communautaires (leader religieux, leaders communautaires) dans l'élaboration de leur grille de programmation. Cette consultation permettra aux radios de prendre en compte dans leurs grilles conçues les besoins de santé des populations cibles en prenant en compte toutes les composantes culturelles qui constituent leur audience. Dès lors l'élaboration de la grille de programmes ne peut se faire en dehors de la communauté au risque de l'exclure. Plusieurs types de mécanismes peuvent permettre d'impliquer d'une manière ou d'une autre les communautés et de rester fidèle à la dimension communautaire de la radio.

8.3.4. Rapportage des données des radios

Au plus tard le 05 de chaque mois, les radios doivent fournir des rapports mensuels comprenant les pièces suivantes :

- Le rapport de diffusion signé par le district, les responsables de la radio ;
- Le rapport de Pige signé par le district, les responsables de la radio ;
- Le plan média pour la prochaine période de diffusion

8.3.5. Assurance qualité des activités de Radios

Il existe des méthodes simples de recueils et de collectes d'informations auprès des auditeurs à l'effet de s'assurer du suivi des émissions et diffusions de spots dans la communauté, ainsi que d'en apprécier les résultats.

❖ Focus group

Il s'agit des groupes de discussion ou focus group qui peuvent être réalisées par la radio pour mesurer de façon qualitative la perception des auditeurs radio sur la qualité des diffusions. Les focus doivent regrouper au maximum 8 à 10 personnes appartenant à la même tranche d'âge, les mêmes besoins, et aussi appartenant à un même niveau socio professionnel. 3 à 4 focus pourront être organisés simultanément ou successivement. En un mot, la composition des focus group doit être homogène. A cet effet, une méthodologie de focus groupe sera élaborée pour mener à bien cette activité et permettre à la radio de disposer des résultats d'auto-évaluation, et recueillir des suggestions sur la conduite de ses programmes de radio diffusion.

❖ Mini enquêtes

Les enquêtes auprès des auditeurs, ménages constituent également l'une des méthodes possibles utilisées par les radios pour collecter les informations auprès de leur cible et avoir les retours des auditeurs sur les contenus d'émission ou de grilles de programmes offerts. Les enquêtes peuvent prendre des formes diverses sous forme de phoning, c'est-à-dire appel des auditeurs. Dans ce cas spécifique, la radio, pourra lancer le thème et demander aux auditeurs d'appeler afin de faire connaître leur opinion sur ce que propose leur radio.

Par ailleurs, la radio pourra faire son enquête auprès des clubs de la radio ou des clubs ou forums existant dans la communauté. Ces différents foyers peuvent servir d'échantillons auprès des quelles radio pourra enquêter afin de pouvoir améliorer ses prestations et proposer des ajustements de ses programmes afin d'être plus suivie des populations et avoir un impact plus large en termes d'écoute et de part d'audience (PDA).

8.3.6. Principaux indicateurs en Radios

Indicateurs clefs	Définition
La Couverture	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion géographique arrosée par le support - Le rapport du nombre de personne appartenant à la cible exposée sur le nombre total de personne ciblée
La Répétition	<ul style="list-style-type: none"> - Indice de fréquence d'exposition de la cible au message
La Part d'audience	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des personnes couvertes par le support et appartenant à la cible
La part d'écoute	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des personnes ayant été effectivement exposée au message
GRP	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture en % x la Répétition

NB : GRP= Gross rating point : \geq à 100 veut dire que la campagne menée est une réussite

9. Directives techniques pour l'envoi de SMS de rappel via l'application CommCare rappel CPN

9.1. Description de l'application CommCare Rappel CPN

L'application CommCare Rappel CPN est une application mobile qui permet de rappeler les rendez-vous de consultations prénatales par l'envoi des SMS via une plateforme appelée CommCare.

9.2. Bénéfices de l'application CommCare Rappel CPN

- Faciliter le respect des rendez-vous de CPN par les femmes enceintes ;
- Faciliter l'identification et la recherche des femmes enceintes perdues de vue ;
- Faciliter le suivi géographique des femmes enceintes quelque soit l'aire sanitaire ;
- Contribuer à la réduction des taux d'abandon entre la CPN 1 et la CPN4 ;
- Contribuer à l'amélioration des taux de couverture en SP 2 et SP3.

9.3. Fonctionnalités de l'application

- Enregistrer les femmes enceintes reçues en CPN ;
- Mettre à jour les informations des femmes enceintes ;
- Générer automatiquement la liste des femmes enceintes perdues de vue ;
- Documenter la recherche des femmes enceintes perdues de vue ;
- Visualiser des tableaux de bord pour le suivi des performances ;
- Envoyer automatiquement des SMS pour rappeler le prochain rendez-vous de CPN : un 1^{er} SMS est envoyé au numéro de téléphone communiqué par la femme enceinte 3 jours avant le rendez-vous et, un 2^{ème} SMS est envoyé dans la matinée du jour du rendez-vous

9.4. Installation de l'application CommCare Rappel CPN

Un smartphone est mis à disposition du Centre de Santé avec une puce qui bénéficie d'une connexion internet. Pour installer l'application CommCare Rappel CPN, il faut :

- Installer l'Application Mobile CommCare APP, puis
- Installer le projet « save the children malaria »

9.4.1. Installation de l'Application Mobile CommCare APP

Pour installer l'application sur un téléphone, il faut :

- Être connecté à internet et Aller sur Playstore ;
- Une fois que Playstore est ouvert ;
- Taper le nom Commcare dans la barre de recherche ;
- Choisir le 1er résultat ;
- Lancer l'installation ;
- Ouvrir l'installation et accepter les droits.

9.4.2. Installation du projet « save the children malaria »

Une fois que l'application de base **CommCare** a été installée sur le Téléphone, il faut à présent télécharger le projet « Save the children malaria » depuis le serveur de CommCare afin de l'installer sur l'application de base. Pour se faire, il faut :

- Être connecté à internet, ouvrir l'application de base CommCare Mobile
- Sélectionner l'option « Enter code »
- Entrer le code du projet qui est : 398jajj ;
- Cliquer sur le bouton « Start install » ;
- Patienter pendant que l'application contacte le serveur afin de localiser l'application ;
- Une fois localisé sur le serveur de CommCare, le projet sera installé sur l'application de base et prêt à l'emploi.

9.4.3. Ouverture de l'application et première connexion

L'application installée et configurée, il faut une première connexion. Une fois connecté, plus besoin d'avoir obligatoirement la connexion pour accéder à nouveau à l'application. Une session de connexion reste active 24h. Pour se connecter il faut :

- Ouvrir l'application en cliquant sur son icône
- Entrer les accès login et mot de passe reçus
- Cliquer sur le bouton Login pour lancer la connexion
- Le processus de connexion dépend de la rapidité de la connexion internet
- Une fois la connexion réussie, les informations du compte contenues au niveau du serveur, seront téléchargées dans le smartphone.

NB : la nomenclature des logins est : districtsanitaire_aيسانitaire

9.4.4. Présentation du menu d'accueil

A l'accueil de l'application, il est présenté 3 boutons de menu. Ces boutons déclenchent des activités différentes.

	<p>Cliquer sur ce bouton pour accéder aux modules afin de mener les activités d'enregistrement de suivi.</p>
	<p>-Cliquer sur ce bouton pour lancer une synchronisation avec le serveur. -La synchronisation consiste pour l'utilisateur à envoyer les données stockées sur son smartphone au serveur et aussi récupérer les nouvelles informations relatives à son aire sanitaire. -La synchronisation doit se faire au moins une fois dans le mois pour les centres hors couverture réseau et hebdomadaire pour ceux en zone couverte.</p>
	<p>Une session CommCare reste active durant 24h tant qu'on a pas encore cliqué sur le bouton Déconnecter. Pour se déconnecter de l'application complètement il faut cliquer sur ce bouton</p>



Constatez :

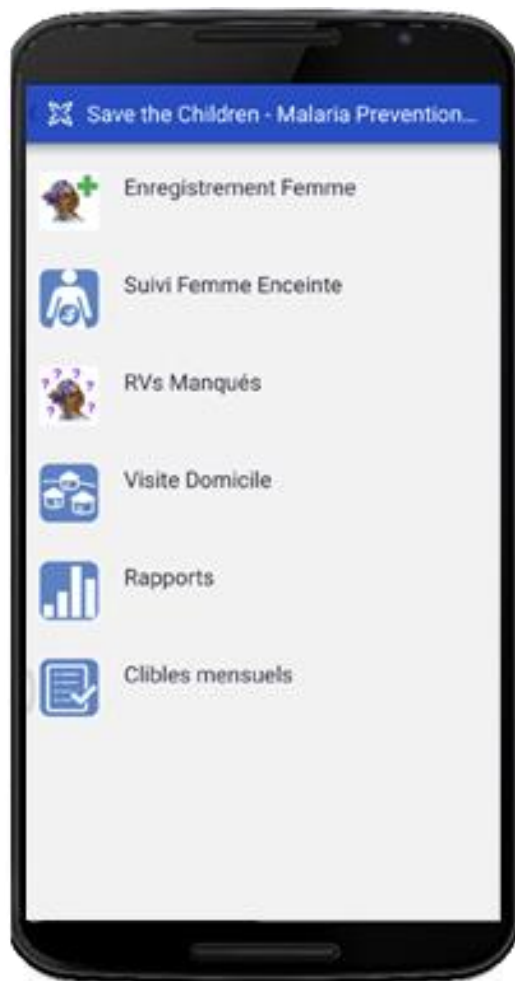
Si vous regardez bien, il y a un message en bas de l'icône en bleu « **Synchroniser avec le serveur** », ceci indique la dernière fois en heure(s)/jour(s) qu'une synchronisation avec le serveur à été faite.







Il faut appuyer au moins une fois par semaine sur ce bouton pour initier l'envoi des données saisies lors de vos visites, au serveur.

A la fin de chaque utilisation. Dès disponibilité de couverture internet :

1. Appuyer sur « **Synchroniser avec le serveur** » pour faire l'envoi des données au serveur.
2. Ensuite, appuyer sur « **Déconnecter de CommCare** » pour fermer l'application.

9.4.5. Présentation des modules de l'Application CommCare Rappel CPN



Module	Formulaire	Quand
Module 1 	1. Enregistrer Femme	Quand la Femme Enceinte vient pour la première fois en CPN
	2. Modifier Données	Lorsqu'il est nécessaire de modifier des informations de la femme
	3. Fermer Dossier	S'il n'est plus nécessaire de suivre le dossier d'une femme pour diverses raisons
Module 2 	1. Visite CPN	Après chaque visite CPN effectuée par la sage-femme à une femme enceinte déjà enregistrée dans le projet
	Module 3 	1. RVs Manqués
Module 4 	1. Visite à Domicile	Ce module permet de documenter l'activité de FEPDV retrouvée par l'ASC. Lorsque la FEPDV revient au centre avec une fiche de référence, il faut d'abord passer par ce module avant de faire son suivi.
	Module 5 	1. Rapports
Module 6 	1. Cibles mensuels	Les agents de santé y définissent leur propre cibles mensuels pour la SP, et les CPN1 à 4. La cible mensuelle est renseignée par année et par mois.