

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 mise en œuvre et le suivi des activités du projet au niveau communautaire Simplifiée

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



I. Directives techniques pour les activités des ASC

I.1. 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**¹.

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

I.2. Sélection des ASC

I.2.1. 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.

I.2.2. Critères de sélection des ASC

- Résider 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.

I.2.3. 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 ;
 - ✓ Prise de contact avec le district (Présentation des besoins en ASC au district/ solliciter la cartographie des ASC du district/ validation du positionnement des ASC au sein du district) (Le chef de Projet)
 - ✓ Implication de l'Infirmier de l'aire de santé (District)
- **Etape 2** : Appel à candidature ;
 - ✓ Au niveau communautaire (Proposition de la liste des candidats ASC par le comité de sélection présidé par le Chef de village à l'agent de Santé)
- **Etape 3** : Sélection des ASC lors d'une Assemblée Générale par un comité de sélection des ASC ;

¹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan Stratégique de la Santé Communautaire 2017-2021.

- ✓ Convoquer une assemblée générale villageoise (Leaders communautaires/ religieux, IDE, Superviseurs ONG) pour la sélection des ASC retenus selon les critères (Agent de santé)
- **Etape 4 :** Prise de l'arrêté de nomination des ASC ;
 - ✓ Faire valider la liste des ASC retenus par le District (Chef de Projet)
- **Etape 5 :** Formation et équipement des ASC (District) ;
- **Etape 6 :** Présentation officielle de l'ASC à sa communauté (Agents de santé).

A l'étape du lancement du projet Fonds mondial Paludisme 2021-2023 (NFM3), force est de reconnaître que plusieurs ASC sont déjà identifiées dans les districts sanitaires, parmi lesquels bon nombre avaient contribué à la mise en œuvre du projet Fonds mondial paludisme 2018-2020 (NFM2). Le processus de sélection des ASC a donc été adapté pour tenir compte de l'existant, tout en respectant les directives officielles, à savoir placer la communauté au cœur du processus.

Ainsi, les étapes suivantes seront suivies pour constituer la base de données des ASC sélectionnés dans et par leurs communautés, et reconnus dans le cadre du projet :

#	Etape	Critères	Résultat attendu	Acteurs
1.	Choisir les localités et quantifier les ASC	Localités ≤ 5km <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'ASC Localités > 5km <ul style="list-style-type: none"> • < 250 : pas d'ASC • 250-500 : 1 ASC • ≥ 500 : 2 ASC 	Liste de toutes les localités par aire de santé avec nombre d'ASC par localité	<ul style="list-style-type: none"> • Superviseurs • CSE • Point focal Paludisme
2.	Obtenir les listes des ASC au niveau du district sanitaire	Présents dans la base de données transmise à la Direction de la Santé Communautaire	Liste nominative des ASC pour les localités ciblées	<ul style="list-style-type: none"> • Superviseurs • CSE • Point focal Paludisme
3.	Confirmer les ASC déclarés par communauté ciblées	Approbation par le chef de village des ASC désignés	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de confirmation de l'ASC par sa communauté • Procès-verbal avec liste des ASC sélectionnés • Fiche d'engagement individuel + copie pièce d'identité ASC • Base de données 8500 ASC sélectionnés 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables des aires de santé • Superviseurs • Chefs de village
4.	Choisir les ASC si pas ou plus d'ASC déclarés	Désignation par la communauté sur la base des critères officiels		
5.	Reconnaître officiellement l'ASC	Reconnaissance par le Directeur Départemental de la Santé	Note de service prise par le Directeur Départemental de la Santé	Directeur Départemental de la Santé

I.3. Formation et équipement des ASC

I.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.
 - ✓ Les superviseurs ONG sont Co facilitateurs.
 - ✓ Elle met l'accent sur la pratique pour permettre aux ASC d'être immédiatement opérationnels.

La formation des ASC est principalement basée sur le cahier de charge de l'ASC. Elle met l'accent sur la pratique pour permettre aux ASC d'être immédiatement opérationnels.

Une série de formations en cascades sont organisées avant d'aboutir à la formations des ASC : il s'agit de :

- L'orientation d'un pool de formateurs nationaux, composés de personnes-ressources du Ministère de la Santé et des acteurs communautaires (PR et SR) ;
- La formation des formateurs du niveau District Sanitaire au chef-lieu du District Sanitaire, à savoir les chefs de service de l'action sanitaire, les points focaux des activités de lutte contre le paludisme, les points focaux ou coordinateurs des activités de santé communautaire, le chargé de la Surveillance Epidémiologique et le pharmacien. Cette session verra également à participation des superviseurs issus des SRs;
- La formation des formateurs des ASC, à savoir les infirmiers superviseurs (IDE) ;
- La formation des ASC par les infirmiers dans leurs établissements sanitaires de rattachement.

La Supervision de la formation des IDE est assurée par les facilitateurs du niveau central

La Supervision de la formation des ASC est assurée par les membres des ECD et les Superviseurs des SRs

I.3.2. Equipement des ASC

A l'issue de la formation initiale, chaque ASC devra recevoir un kit d'équipements pour démarrer immédiatement ses activités.

Ces équipements se composent comme suit :

- Matériel medical:
 - 01 Caisse à médicaments ;
 - 01 Thermomètre digital ;
 - 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 de l'ASC signé par le Directeur Régional de la Santé ou le Directeur Départemental de la Santé ;
 - 01 Chasuble ;
 - 01 Tee-shirt ;

- 01 Casquette
- 01 Sac ;
- 01 paire de bottes ;
- Imperméable
- 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 ;
- Moyen de locomotion:
 - 01 vélo tout terrain.

1.3.3. Cahier de charges de l'ASC

Les principales activités de l'ASC sont :

- Identification des ménages;
- Visites à domicile (VAD);
- Causerie de groupe (CG);
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (iCCM) ;
- Recherche des perdus de vue;
- Notification des décès et des naissances;
- Surveillance basée sur les événements;
- Distribution en routine des médicaments et intrants essentiels (MILDA, Contraceptif, Préservatifs, ARV);
- Gestion des médicaments;
- Collecte des données et rapportage;
- Redevabilité.

1.4. Procédures pour la réalisation des activités des ASC

1.4.1. Identification des ménages et cartographie des ressources

A l'issue de la formation, les ASC réaliseront :

- Le **dénombrement des ménages** de sa zone d'intervention (villages / quartiers) en utilisant la fiche 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 ;

- 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 groupe

seront ciblés en priorité pour les causeries de groupe (CG) et autres activités de mobilisation communautaire ;

- Le **croquis des quartiers et autres ressources sociales** 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.

1.4.2. Visites à Domicile (VAD)

Définition	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. Dans ces ménages, le ASC doit toucher en priorité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le chef/décideur du ménage ; - Les personnes en charge d'enfants de moins de 5 ans ; - Les femmes enceintes. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dans une concession familiale comportant plusieurs ménages, l'ASC réalisera une seule VAD avec un seul ménage. ✓ Dans une concession familiale comportant plusieurs ménages, l'ASC a la possibilité de réaliser une CG avec les chefs de ménages concernés par la même thématique. ✓ Dans une concession familiale comportant plusieurs ménages, l'ASC réalisera une seule VAD avec l'ensemble des ménages et considèrera que chaque ménage a été visité.
Objectifs de la VAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emmener le ménage à adopter ou à maintenir des comportements favorables à la santé, y compris la prévention du paludisme, en appliquant les techniques de CCC 2. Poser des actes concrets pour soutenir le ménage dans l'adoption des comportements favorables à la santé 3. Suivre et soutenir le ménage dans la gestion des problèmes de santé
Démarche	<p>Avant la VAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier le ménage à visiter (critères) parmi les ménages prioritaires - Fixer un rendez-vous avec le ménage (<i>quand est-ce que vous pouvez me recevoir ?</i>) - Identifier le problème (<i>quel est le problème dans ce ménage ?</i>) - Fixer l'objectif de la visite (<i>quel changement je dois obtenir dans ce ménage ?</i>) - Rassembler tout le matériel nécessaire pour cette visite <p>Pendant la VAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'arrivée dans le ménage, 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 (exemple : <i>je souhaite principalement travailler avec vous pour que nos enfants ne tombent plus malades du paludisme</i>) ; - Rassurer la famille que tous les échanges resteront confidentiels ;

- Renseigner la première section de la Fiche de VAD (Section Identification) ;
 - Demander la permission et **refaire un état des lieux** dans ce ménage (voir) :
 - ✓ Ne pas faire de commentaires, ne pas juger le ménage pendant l'état des lieux ;
 - ✓ Regarder la propreté autour et à l'intérieur de la maison, et vérifier l'existence ou l'absence de gîtes larvaires ;
 - ✓ Demander à voir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ;
 - ✓ identifier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes;
 - ✓ Vérifier la disponibilité et l'utilisation des MILDA (observer si possible) ;
 - ✓ 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 enfants 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 ;
 - ✓ Renseigner la deuxième section de la Fiche de VAD (Section Etat des lieux) ;
 - En fonction des problèmes constatés lors de l'état des lieux, **réaliser un entretien éducatif** avec les membres du ménage en se servant de la boîte à images.
 - 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 :
 - ✓ Aider la famille à installer les MILDA au-dessus de chaque couchette, et montrer comment fourrer la MILDA avant de dormir ;
 - ✓ 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 ;
 - ✓ Renseigner les outils de rapportage
 - Annoncer la fin de la visite, et demander la permission/contribution des participants pour renseigner les deux dernières sections de la Fiche de VAD (Causerie éducative et Actions entreprises au cours de la VAD) ;
 - Remercier une fois de plus le ménage pour sa disponibilité ;
 - Prendre un rendez-vous avec le ménage pour la 1^{ère} visite de suivi ;
 - A la fin de la visite, respecter les manières traditionnelles pour mettre fin à l'entretien, puis ranger le matériel.
- NB : Si la famille a des problèmes urgents de santé, reporter la VAD planifiée et apporter l'appui nécessaire à la situation actuelle.**
- Après la VAD**
- Réaliser la 1^{ère} 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

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser la 2^{ème} 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 1^{ère} visite de suivi.
--	---

1.4.3. Causeries de Groupe (CG)

Définition	Entretien éducatif entre un animateur et un groupe de 8 à 15 personnes, pour les emmener à adopter ou à maintenir et à soutenir l'adoption d'un comportement favorable à la santé
Responsable	ASC
Cible prioritaire	<p>Chaque causerie de groupe doit être réalisée avec un groupe homogène, composé par ordre de priorité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chefs de village, notables, chefs de quartiers - Chefs/décideurs des ménages ; - Leaders religieux et autres leaders communautaires ; - Autres leaders communautaires et toutes autres personnes influentes dans la communauté ; - Groupes et associations de femmes ; - Matrones et accoucheuses traditionnelles ; - Groupes et associations de jeunes ; - Mères, Grand-mères, Belles-mères et Tutrices
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emmener les leaders et personnes influentes à adopter ou maintenir et à soutenir des comportements favorables à la santé, y compris la prévention du paludisme, au sein de leurs ménages et dans la communauté 2. Soutenir l'engagement pris par les leaders et personnes influentes
Démarche	<p>Avant la séance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choisir le groupe de personnes concernées (cible) en fonction de la cartographie et des problèmes identifiés ; - Choisir un sujet unique et simple pour la causerie, en fonction des problèmes identifiés (<i>de quoi devons-nous discuter ?</i>) ; - Fixer les objectifs de la causerie (<i>quel changement dois-je obtenir dans ce groupe ?</i>) - Fixer le rendez-vous à une date, une heure et un lieu qui conviennent à tout le groupe ; - Rassembler tout le matériel nécessaire ;

- Préparer le lieu de la causerie ou la salle (si c'est approprié)

Pendant la séance

- Accueillir les participants, et les installer en un demi-cercle ;
- Renseigner la première section de la fiche de causerie de groupe (Identification) ;
- Saluer avec respect, 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 (partager 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 ;
- 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 ;
- Emmener chaque participant à annoncer une action qu'il/elle prendra pour pratiquer et/ou soutenir l'adoption du comportement désiré
- Annoncer la fin de la causerie, et demander la permission/contribution des participants pour renseigner la dernière section de la Fiche de CG (liste des participants et signatures, difficultés rencontrées, solutions proposées, bonnes pratiques observées, 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

- Faire son auto-évaluation en vue d'une amélioration de la prochaine séance.

I.4.4. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (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	<p>Rechercher activement les enfants de moins de 5 ans qui ont le corps chaud, qui toussent ou qui font la diarrhée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque jour, l'ASC doit visiter systématique au-moins 5 ménages sur les 60 ménages prioritaires pour demander s'il y'a des enfants de moins de 5 ans malades qui lui sont apportés par les parents y compris les enfants ayant le corps chaud, la toux et la diarrhée et les prendre en charge - Dans le cadre de ses visites à domicile, l'ASC doit toujours commencer par demander s'il y'a des enfants de moins de 5 ans malades qui lui sont apportés par les parents y compris les enfants ayant le corps chaud, la toux et la diarrhée et les prendre en charge <p>Prendre en charge les enfants qui sont emmenés par leurs parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ASC doit toujours accepter de recevoir des enfants de moins de 5 ans malades qui lui sont apportés par les parents y compris les enfants ayant le corps chaud, la toux et la diarrhée et les prendre en charge. <p>Respecter le protocole de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire</p> <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 <p>*Paludisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La présence de fièvre ou notion de fièvre est le seul élément de réalisation du TDR, Ne pas réaliser de TDR lorsqu'il n'y a pas de CTA. ✓ *Pneumonie : ✓ Devant tout signe de toux ou rhume l'ASC doit compter la fréquence respiratoire <p>*Diarrhée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Devant toute diarrhée L'ASC doit pincer l'abdomen de l'enfant pour

	<p>rechercher les signes de déshydratation. Si déshydratation référer l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référer immédiatement l'enfant en cas de signe de danger après avoir administré le traitement pré-transfert - Traiter l'enfant si pas de signes de danger (Prendre en charge les cas simples). - Donner des conseils aux parents - Visiter l'enfant après trois (03) jours pour vérifier son état de santé
--	---

Référence des enfants malades au centre de santé

❖ Nouveau-né

- ✓ Corps chaud ou froid
- ✓ Respire difficilement
- ✓ Infection du cordon
- ✓ Crise de convulsion (maladie de oiseau)
- ✓ Abdomen tendu (ventre dur)
- ✓ Qui refuse de téter

❖ Enfant de 0 à 11 Mois perdus de vue dans le cadre de la vaccination

1.4.5. Recherche des perdus de vue

La recherche des perdus de vue vise à retrouver les utilisateurs des services de santé qui n'ont pas respecté leur rendez-vous pour le suivi de leur condition. La recherche des perdus de vue concerne plusieurs domaines :

- les femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous de CPN pour la prise de la SP ;
- les enfants enrôlés dans le PEV qui ont manqué le rendez-vous ;
- tout autre patient inobservant (tuberculose, VIH, etc.).

La recherche des perdus de vue se déroule en quatre (04) étapes :

Etape	Responsable	Démarche
Etape I : Recensement des perdus de vue	Superviseur	<ul style="list-style-type: none"> - Une fois par mois, le superviseur se rend au centre de santé pour faire le suivi de l'élaboration de la liste de femmes enceintes perdus de vue et de la distribution. - Le superviseur doit coacher et veiller à l'utilisation correcte du Commcare par les IDE/SFDE en vue de sortir la liste complète des femmes enceintes en perdus de vue en CPN. - En ce qui concerne les femmes enceintes sous SP ayant manqué le rendez-vous, la liste est établie dans le Registre de Recensement des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous. Toute femme enceinte qui a manqué le rendez-vous de CPN/prise de SP d'au-

		moins 24 heures doit systématiquement être recherchée dans la communauté.
Etape 2 : Recherche des perdus de vue	ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Après élaboration de la liste des femmes enceintes sous SP ayant manqué le rendez-vous, la sage-femme ou l'infirmier donne la liste des personnes à retrouver aux ASC, en fonction de leur village de résidence. Le ASC pourra également se rendre au centre de santé au début de mois pour collecter la liste des perdus de vue à rechercher dans sa zone d'intervention. Le superviseur ONG pourra également aider à la transmission de la liste aux ASC pour les ASC éloignés du centre de santé. - Pour la recherche des femmes enceintes perdues de vue, l'ASC dresse la liste des femmes à rechercher en utilisant l'outil dénommé Fiche de recherche des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous. Cette liste est établie à partir du Registre de Recensement des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous ; - L'ASC effectue la recherche des perdus de vue à travers des visites dans les ménages.
Etape 3 : Référence des perdus de vue retrouvés dans la communauté	ASC	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Cas particuliers :</p> <p>*Cas de femmes enceintes perdus de vue retrouvées hors aire de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porter la mention « retrouvée en communauté » sur la fiche de référence et contre référence. (ASC-SFDE/IDE) - Partage d'information aux acteurs de provenance de la FEPDV. (ASC-SFDE/IDE-Superviseur) - Prime payé à l'ASC ayant retrouvé la dame ? <p>*Cas de femmes enceintes perdus de vue retrouvées orientée ayant consulté dans un autre centre de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partage d'information aux acteurs de provenance de la FEPDV. (ASC-SFDE/IDE-Superviseur)
Etape 4 : Suivi de la référence	ASC	<ul style="list-style-type: none"> - L'ASC doit visiter la personne qu'il a référé pour s'assurer qu'elle est effectivement partie au centre de

		<p>santé. Pour confirmer que cette personne a été reçue au centre de santé, l'ASC devra demander à voir la Fiche de contre-référence qui lui a été délivrée par la sage-femme ou l'infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ASC effectue ensuite une visite au centre de santé pour récupérer une souche de la fiche de contre-référence qu'il joindra au rapport mensuel en vue de percevoir le bonus.
--	--	--

I.4.6. 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"> - 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 d'un décès d'un enfant de moins de 5 ans ou 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 l'enfant ou à la mère en utilisant la fiche de notification des décès infantiles au niveau communautaire ou, la fiche de notification des décès maternels au niveau communautaire disponibles dans le Registre de l'ASC

I.4.7. Surveillance basée sur les événements

Définition	Identification et notification immédiate de cas alerte de maladies sous surveillance ou d'événements de santé inhabituels
Responsable	ASC
Cible prioritaire	<p>Ensemble des enfants de moins de 5 ans</p> <p>Ensemble de la communauté</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier précocement tous risques d'épidémie ou tout problème de santé publique pour une réponse prompt et efficace

Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche active des cas : Dans le cadre des visites quotidiennes systématiques aux ménages, des visites-à-domicile ou de tout autre activité, l'ASC doit rechercher systématiquement les cas alerte de maladie sous surveillance ou les événements de santé inhabituels - Notification immédiate des cas : pour chaque cas identifié, l'ASC informer immédiatement l'infirmier en l'appelant (téléphone) ou en lui envoyant un SMS via la plateforme de notification. Si ces deux moyens ne sont pas disponibles, l'ASC doit se déplacer en urgence au centre de santé pour informer l'infirmier. <p>NB : au cas où l'ASC n'arrive pas à joindre l'IDE, il partage l'information au superviseur pour alerter l'agent de santé/district.</p>
----------	--

I.4.8. Distribution en routine des médicaments et intrants essentiels

Définition	Dispensation de médicaments et intrants essentiels dans la communauté, conformément aux procédures établies
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Selon les procédures
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la couverture de populations bénéficiaires par les intrants essentiels (MILDA, contraceptifs, etc.)
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les bénéficiaires conformément aux critères établis : <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 ✓ Etc.

I.4.9. Gestion des médicaments

Définition	Ensemble des actions réalisées par l'ASC pour commander, réceptionner, stocker, dispenser et rendre compte de l'utilisation des médicaments 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 de qualité au niveau des ASC et, une traçabilité efficace

<p>Démarche</p>	<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 (changement requis ??) - Réception : lorsque l'ASC reçoit une dotation en médicaments, il note les quantités reçues pour chaque médicament sur la Fiche de gestion des stocks des médicaments et intrants de l'ASC disponible dans le Registre de l'ASC ; - Stockage : l'ASC doit conserver tous les médicaments qu'il reçoit dans sa boîte à pharmacie, pour protéger les médicaments ; - 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 le jours concernés par la rupture de ce médicament sur la même fiche ; - Rapportage : A la fin du mois, l'ASC doit rendre compte de la gestion des médicaments. A partir 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 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>*Au niveau de l'ASC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque fin de mois (avant le 03 du mois en cours) l'ASC se rend au centre de santé au pour : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. <p>NB : L'ASC doit renseigner régulièrement de façon correcte la fiche de gestion des intrants et médicaments.</p>
-----------------	---

Si pas de CTA l'ASC ne doit pas réaliser les TDR.

Les ASC doivent remonter les informations de rupture au niveau des IDE.

***Au niveau centre de santé**

- Procéder à l'estimation des besoins mensuels de chaque ASC et réaliser les commandes du centre de santé (les IDE estiment les besoins des centres de santé en intégrant celui des ASC).
- Mise à disposition des médicaments et intrants aux ASC et les retracer sur les fiches de stock.

Dans le cadre du NFM3, les ASC bénéficieront de :

- ✓ Un stock de démarrage le 1er mois (25 TDR et 15 CTA 10 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.

NB : 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.

Le superviseur de l'ONG chargé du suivi de la disponibilité hebdomadaire des intrants et médicaments au niveau des ASC sera chargé de faire suivi des transferts de médicaments et transmettre la note d'autorisation signé de l'agent de santé à l'ASC qui fournit les médicaments de transfert.

***Au niveau district**

- Mise à disposition des médicaments aux centres de santé en prenant en compte les dotation des ASC.
- Préciser à partir du district la dotation mensuelle des ASC et des ESPC de façon séparée. (Marquer les intrants et médicaments à remettre aux ASC au niveau district).
- Vérifier à l'estimation des besoins mensuels de chaque centre de santé et réaliser les commandes au district.
- Appuyer les IDE dans le rapportage de la consommation et commande des intrants et médicaments des centres de santé
- Dans le cadre du NFM3, le district devra tenir compte du stock de démarrage le 1^{er} 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.

NB : En cas de rupture constatée chez un ou plusieurs ASC d'une aire sanitaire, si

	<p>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.</p> <p>Les superviseurs de l'ONG chargé du suivi de la disponibilité hebdomadaire des intrants et médicaments au niveau des ASC seront chargés 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.</p> <p>*au niveau central</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un manuel de gestion logistique intégré (prenant en compte le niveau communautaire). - Assurer l'approvisionnement de façon régulière et suffisante des districts sanitaires. - Intégrer les aspects communautaires dans le e-sigl. - Envisager la séparation de la dotation TDR et CTA cliniques et communautaires à partir de la NPSP. (Marquer les intrants et médicaments à remettre aux ASC au niveau district).
--	---

1.4.10. Collecte des données et rapportage

Définition	Ensemble des actions réalisées par l'ASC pour renseigner les outils de gestion de données mis à disposition. Cela consiste à réunir les informations relatives à ses activités (VAD, CG, ICCM,.....), à les compiler et les transmettre à temps à son superviseur.
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Bénéficiaires des activités réalisées par l'ASC
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une bonne compréhension du remplissage des outils - Renseigner correctement et complètement les items - Disposer des informations pour une prise de décision pour l'amélioration de la santé de la population
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - L'ASC bénéficiera d'un renforcement de capacité sur l'identification et le remplissage correct des outils de collecte et de rapportage (Formation de base et coaching sur site). - Mise à disposition de l'ASC les outils de collecte - L'ASC planifiera ses activités du mois - L'ASC retracera les activités réalisées dans les outils de collecte (Cahier de l'ASC, Registre de prise en charge, Registre de référence, ...).

	- L'ASC compilera les données dans son rapport d'activités sous la supervision de l'IDE et du superviseur ONG pendant la réunion mensuelle de validation des données.
--	---

1.4.11. Redevabilité

Définition	La redevabilité est le processus par lequel les organisations exercent leurs pouvoirs de façon responsable en prenant en considération les différentes parties prenantes et en leur rendant des comptes, à commencer par les personnes affectées par l'exercice de tels pouvoirs.
Responsable	ASC
Cible prioritaire	Bénéficiaires des activités réalisées par l'ASC. La communauté toute entière
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Partager les informations sur le projet, le partenaire - Susciter l'adhésion, implication et appropriation des communautés. - Recueillir les feedbacks des bénéficiaires ou de la communauté.
Démarche	<p>Rôle de l'ASC : Membre à part entière de sa communauté, l'ASC est choisi par elle selon les critères bien définis pour servir d'interface avec le système de santé. Dans le processus global de mise en œuvre des mécanismes de redevabilité, il a un rôle central à jouer, notamment dans le partage de l'information et la participation des communautés.</p> <p>L'ASC doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'une formation sur la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de redevabilité. - S'approprier les connaissances qu'on lui a données sur la mise en place et le fonctionnement des mécanismes de redevabilité. - Informer la communauté sur les activités, objectifs et les résultats attendus du projet - *ASC <p>L'ASC après, sa formation doit s'approprié les différentes politiques de sauvegarde liées au projet (anti harcèlement, fraude et protection), sensibiliser et susciter la participation de sa communauté.</p> <p>L'ASC doit tenir une réunion mensuelle avec le chef du village, sa notabilité et les leaders communautaires pour rendre compte de ses activités et difficultés.</p> <p>L'ASC doit organiser avec l'appui du chef du village une assemblée villageoise trimestrielle sur les avancées, les difficultés et les propositions de solutions dans la mise en œuvre de ses activités.</p> <p>Point d'action sur le signalement :</p> <p>L'ASC présente les mécanismes de feedback (boites à suggestion, numéro vert, point focal, comité consultatif etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ASC doit s'assurer du choix de la communauté du mécanisme approprié.

	<ul style="list-style-type: none"> - Signaler tous les cas de safeguarding (politique de sauvegarde de Save the children) - Être alerte à notifier la survenue de tout évènement inhabituel mettant en danger la vie des communautés en général et celle des enfants en particulier <p>NB : L'ASC doit continuer de sensibiliser sa communauté à l'utilisation du mécanisme de signalement.</p> <p>Ce mécanisme fait intervenir d'autres acteurs : IDE/SFDE, Superviseur, Equipe de gestion du projet et ECD</p>
--	--

1.4.12. Supervision de l'ASC

Définition	La supervision est un processus continu qui consiste à guider et former un agent. Elle permet de soutenir et encourager ses initiatives sur le site de travail de sorte qu'il puisse l'exécuter avec facilité conformément aux directives.
Responsable	Agents de santé/superviseurs des ONG
Cible prioritaire	Agents de santé communautaire
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les compétences du personnel à tous les niveaux, - Promouvoir la qualité à tous les niveaux - Renforcer les relations à l'intérieur des systèmes de santé - Focaliser sur l'identification et la résolution des problèmes - Optimiser l'utilisation des ressources
Outils à utiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Grille de supervision - Fiche de synthèse de supervision - Cahier de problème - Plan de résolution de problème - Revue des rapports et autres documents
Démarche	<p>Il existe deux (2) méthodes de supervision : la méthode directe et indirecte.</p> <p>La méthode directe est celle qui est privilégiée dans le cadre de cette subvention. Elle consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observer l'Agent de sante pendant qu'il est en activité, sans l'interrompre. • Faire attention aux aspects techniques. • Ne discuter des observations qu'à la fin • Les démarches suivantes doivent être suivies pour garantir le minimum de qualité de la supervision en direction de l'ASC. <p>*Préparatifs de l'activité de supervision (Avant)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier (programmation, identification des besoins/objectifs, etc.) conjointement la supervision avec les parties prenantes (ECD, agents de santé, ASC) - Faire la revue des observations/ recommandations de la précédente supervision - Programmer l'activité avec toutes les parties prenantes (ECD, agents de santé, ASC) ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser ses connaissances sur la supervision ; - Réunir le matériel nécessaire pour l'activité de supervision <li style="text-align: center;"><u>*Déroulement de la supervision (Pendant)</u> - Civilité au chef de village - Vérifier la disponibilité et l'état : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipements de l'ASC : équipé ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre ? ✓ Outils de Collecte de l'ASC : Disponible ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre / période de couverture ? ✓ Médicament et intrants : disponibilité Sinon période de rupture - Evaluer les connaissances de l'ASC : interroger l'ASC sur ses connaissances théoriques par rapport : <ul style="list-style-type: none"> ✓ à la technique de communication (VAD, CG) et PFE/AEN ; ✓ à la réalisation du TDR, ✓ à l'utilisation des CTA, SRO-Zinc, Amoxicilline, ✓ à la reconnaissance des signe de pneumonie, diarrhée, malnutrition, mécanisme de recherche des FEPDV... et l'orientation des cas au centre de santé (L'ASC sait-il devant quelle situation il doit mettre fin à ses prises en charge et orienter les cas d'urgence au centre de santé?) - Mettre l'ASC en situation pour évaluer ses compétences pratiques sur : <ul style="list-style-type: none"> ✓ la technique de communication (VAD et CG), ✓ la réalisation du TDR, ✓ l'utilisation des CTA, SRO-Zinc, Amoxicilline, ✓ la reconnaitre un cas de pneumonie, de diarrhée, de malnutrition, COVID-19, - Donner des conseils sur le traitement et les préventions - Remplissage des outils - Confirmer l'effectivité du paiement des ASC; - Recueillir l'avis des communautés sur le travail de l'ASC, y compris leurs connaissances du contenu de ce travail (apprécier l'interaction ASC communauté) - Débriefing avec l'ASC (recommandations) <li style="text-align: center;"><u>*Déroulement de la supervision (Après)</u> - Elaboration et validation du rapport par l'équipe de supervision - Partage du rapport de supervision au DDS - Suivi de la réalisation des recommandations formulées
--	---

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

2.1. 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.

2.2. Sélection des GF

2.2.1. 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 1000 à 2500 habitants.

2.2.2. Critères de sélection des GF

- Groupements ou association de femmes existant déjà dans la communauté et, reconnu comme actif (mène effectivement les activités qu'elle s'est dévolues) dans la communauté ciblée. 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;
- Avoir au moins 1an d'existence

2.2.3. Processus de sélection des GF

#	Etape	Critères	Résultats attendus	Acteurs	Date limite
1.	Choisir les localités et quantifier les GF	Localités > 5km <ul style="list-style-type: none">• Pas de GF Localités ≤ 5km <ul style="list-style-type: none">• < 1,000: pas de GF• 1,000 - 2500: 1 GF• 2500 - 5000: 2 GF• > 5,000 : 3 GF	Liste de toutes les localités par aire de santé avec nombre de GF par localité	<ul style="list-style-type: none">• Superviseurs• Point focal Paludisme• Responsables des aires de santé	24 Mars 2021
2.	Répertorier les groupements féminins reconnus dans les localités ciblées	Respectivement : <ul style="list-style-type: none">• Mairie / sous-préfecture• District sanitaire• Communauté	Liste des groupements reconnus par les autorités et par la communauté	<ul style="list-style-type: none">• Superviseurs• Point focal paludisme	24 Mars 2021

#	Etape	Critères	Résultats attendus	Acteurs	Date limite
3.	Sélectionner les 2,044 GF	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de fonctionnalité • Choix orienté par le District Sanitaire + mairie • Choix confirmé par la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'évaluation de la fonctionnalité des GF (voir Annexe X) • Procès-verbal avec liste des GF désignés • Fiche d'engagement + copie pièce d'identité des responsables ou badge (présidente, SG, trésorière) • Base de données 2,044 GF sélectionnés 	<ul style="list-style-type: none"> • Superviseurs • ECD • Point focal paludisme • Communauté 	24 Mars 2021
4.	Reconnaître officiellement les GF	Reconnaissance par DD Santé	Note de service DD Santé	DD Santé	30 juin 2021

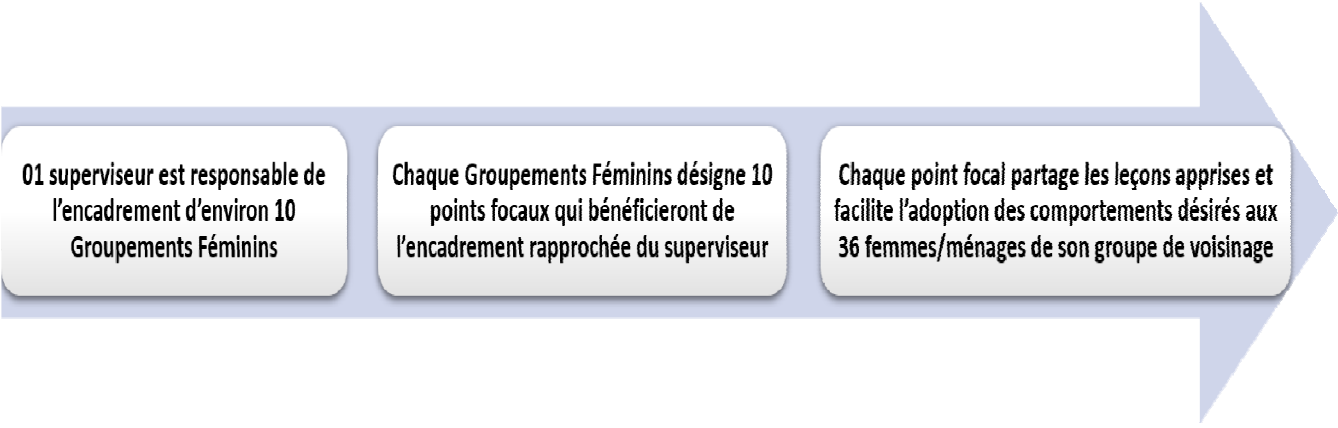
2.3. Organisation du travail des Groupements Féminins

Dans le cadre du projet NFM3 paludisme volet communautaire, l'approche de travail avec les groupements féminins vise à constituer un réseau de femmes engagées pour soutenir le changement de comportement en faveur de la santé dans leurs familles et communautés respectives. Ce réseau se composera des maillons suivants :

- **le superviseur (staff de l'équipe projet SR)** : il est chargé de l'encadrement d'un pool de 10 groupements féminins en moyenne en collaboration avec la sage-femme ;
- **10 points focaux par groupements féminins** : Chaque GF désigne 10 points focaux qui bénéficieront de l'encadrement de la sage-femme et du superviseur pour réaliser des activités de sensibilisation de proximité ;
- **un (01) groupe de voisinage avec 36 femmes cheffes de ménage par point focal par an** : il s'agit de femmes cheffes de ménage choisies par le point focal parmi les femmes qui habitent à côté d'elle. Ces femmes bénéficieront de sensibilisation pour l'adoption des PFE et d'un suivi par point focal.

Ainsi, chaque groupement féminin actif et engagé dans le cadre du projet permettra la sensibilisation et l'adoption des comportements désirés au niveau de 360 femmes / ménages à raison de 36 femmes cheffes de ménage par an * 10 point focal.

La figure suivante donne un aperçu schématique de l'approche de travail avec les Groupements Féminins dans le cadre du projet NFM3 Paludisme communautaire.



01 superviseur est responsable de l'encadrement d'environ 10 Groupements Féminins

Chaque Groupements Féminins désigne 10 points focaux qui bénéficieront de l'encadrement rapproché du superviseur

Chaque point focal partage les leçons apprises et facilite l'adoption des comportements désirés aux 36 femmes/ménages de son groupe de voisinage

2.4. Formation et équipement des GF

2.4.1. Formation et installation des GF

#	Etape	Critères	Résultats attendus	Acteurs	Date limite
1.	Sélectionner 10 points focaux volontaires par groupement féminin	<ul style="list-style-type: none">• Candidatures volontaires• Critères• Consensus, équité au niveau du GF	<ul style="list-style-type: none">• Procès-verbal avec liste des points focaux désignés par le GF• Fiche d'engagement individuel + copie pièce d'identité (ou badge) points focaux• Base de données 20,440 points focaux de GF désignés	<ul style="list-style-type: none">• Responsables des GF• Responsables des aires de santé• Superviseurs	24 Mars 2021
2.	Former les points focaux des GF	<ul style="list-style-type: none">• Inscrit dans base de données 20,440 points focaux de GF désignés	<ul style="list-style-type: none">• Base de données des 20,440 points focaux de GF formés• Rapport de formation	<ul style="list-style-type: none">• Sages-femmes• Superviseurs	Mars – avril 2021
3.	Equiper et installer les points focaux des GF	<ul style="list-style-type: none">• Inscrit dans base de données des 20,440 points focaux de GF formés	<ul style="list-style-type: none">• PV installation officielle• Base de données des 20,440 points focaux de GF installés• 20,440 points focaux de GF opérationnels	<ul style="list-style-type: none">• Sages-femmes• Superviseurs	Avril – Mai 2021

2.4.2. Equipement des GF

- Matériels d'identification et tenue de travail :
 - 01 tee-shirt ;
 - 01 sac cabas ;
 - 01 paire de bottes ;
 - 01 torche ;
 - 01 imperméable.
- 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 ;
 - stylos ;

- crayons ;
- gommes ;

2.5. Cahier de charges du GF

Les principales activités des GF :

- Identification des femmes de voisinage ;
- Visites de soutien aux femmes du voisinage ;
- Recherche des perdus de vue ;
- Collecte des données et rapportage ;
- Redevabilité.

2.6. Procédures pour la réalisation des activités des GF

2.6.1. Identification des femmes de voisinage

Définition	Sélection des femmes cheffes de ménage qui seront suivies au cours de la 'année par les points focaux des groupements féminins
Responsable	Point focal du groupement féminin
Cible prioritaire	- Femmes/hommes ayant au-moins un enfant de moins de 5 ans à charge - Femmes enceintes
Cible secondaire	- Femmes en âge de procréer (
Objectifs	- 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	- Repartir les ménages du village/quartier entre les différents points focaux du GF - Chaque point focal doit regarder parmi les femmes qui habitent à proximité d'elle et, choisis 36 femmes qui sont enceintes ou qui s'occupent d'un ou de plusieurs enfants de moins de 5 ans ou femmes en âge de procréer - lister les 36 femmes dans le Registre d'Activités du groupement féminin

2.6.2. 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
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre un rendez-vous avec la femme - à 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 sur le Calendrier de Visite accroché dans la maison de la femme

2.6.3. Recherche des perdus de vue

Etape	Responsable	Démarche
Etape 1 : Recensement des perdus de vue	Superviseur	<ul style="list-style-type: none"> - Une fois par mois au moins, le superviseur se rend au centre de santé pour aider la sage-femme ou l'infirmier à établir la liste des perdus de vue. - En ce qui concerne les femmes enceintes sous SP ayant manqué le rendez-vous, la liste est établie dans le Registre de Recensement des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous. Toute femme enceinte qui a manqué le rendez-vous de CPN/prise de SP d'au-moins 24 heures doit systématiquement être recherchée dans la communauté.
Etape 2 : Recherche des perdus de vue	GF	<ul style="list-style-type: none"> - Après élaboration de la liste des femmes enceintes sous SP ayant manqué le rendez-vous, la sage-femme ou l'infirmier donne la liste des personnes à retrouver aux GF, en fonction de leur village de résidence. Le GF pourra également se rendre au centre de santé au début de mois pour collecter la liste des perdus de vue à rechercher dans sa zone d'intervention. - Pour la recherche des femmes enceintes perdues de vue, le GF dresse la liste des femmes à rechercher en utilisant l'outil dénommé Fiche de recherche des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous. Cette liste est établie à partir du Registre de Recensement des femmes enceintes ayant manqué le rendez-vous ;

Etape	Responsable	Démarche
		- Le GF effectue la recherche des perdus de vue à travers des visites dans les ménages.
Etape 3 : Référence des perdus de vue retrouvés dans la communauté	GF	- Quand le GF retrouve une femme perdue de vue sous SP 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	GF	- Le GF doit visiter la personne qu'il a référé pour s'assurer qu'elle est effectivement partie au centre de santé. Pour confirmer que cette personne a été reçue au centre de santé, le GF devra demander à voir la Fiche de contre-référence qui lui a été délivrée par la sage-femme ou l'infirmier. - Le GF effectue ensuite une visite au centre de santé pour récupérer une souche de la fiche de contre-référence qu'il joindra au rapport mensuel en vue de percevoir le bonus.

2.6.4. Collecte des données et rapportage

Définition	La collecte des données et le rapportage consiste à organiser une séance de travail mensuelle au centre de santé, sous la supervision de la SFDE/IDE en collaboration avec le superviseur en vue de passer en revue les fiches d'activité, les trianguler et valider les données pour remplir le canevas de rapport mensuel.
Responsable	Sages-femmes
Cible prioritaire	Les PFGF
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier le remplissage correct des fiches d'activités, - Croiser les différentes sources de données - Valider les fiches d'activité - Renseigner le canevas de rapportage
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les séances mensuelles et communiquer les dates aux PFGF - Organiser les séances de travail - Parcourir chacune des fiches d'activité des PFGF - Valider les données - Renseigner le canevas du rapport

2.6.5. Redevabilité

Définition	La redevabilité est le processus par lequel les organisations exercent leurs pouvoirs de
------------	--

	façon responsable en prenant en considération les différentes parties prenantes et en leur rendant des comptes
Responsable	PFGF
Cible prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les bénéficiaires (femmes enceintes, femmes/hommes avec un enfant de 0 à 5 ans en charge) • La communautés
Objectifs	- Rendre compte des avancées et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet tout en impliquant les communautés et les bénéficiaires
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre compte mensuellement des activités à leurs pairs sous la supervision de l'agent de santé. - Promouvoir les mécanismes de signalement (N° vert, boîte à suggestion), - Rendre compte aux leaders communautaires chaque 03 mois

2.6.6. Supervision du PFGF

Définition	La supervision est un processus continu qui consiste à guider et former un agent. Elle permet de soutenir et encourager ses initiatives sur le site de travail de sorte qu'il puisse l'exécuter avec facilité conformément aux directives.
Responsable	Agents de santé/Superviseurs ONG
Cible prioritaire	Points focaux des groupements féminins
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les compétences du PFGF à tous les niveaux, - Promouvoir la qualité à tous les niveaux - Renforcer les relations à l'intérieur des systèmes de santé - Focaliser sur l'identification et la résolution des problèmes - Optimiser l'utilisation des ressources
Outils à utiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Grille de supervision - Fiche de synthèse de supervision - Cahier de problème - Plan de résolution de problème - Revue des rapports et autres documents
Démarche	<p>Il existe deux (2) méthodes de supervision : la méthode directe et indirecte. La méthode directe est celle qui est privilégiée dans le cadre de cette subvention. Elle consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observer le PFGF pendant qu'il est en activité, sans l'interrompre. - Faire attention aux aspects techniques.

- Ne discuter des observations qu'à la fin
- Les démarches suivantes doivent être suivies pour garantir le minimum de qualité de la supervision en direction de l'ASC.

*** Préparatifs de l'activité de supervision (Avant)**

- Planifier (programmation, identification des besoins/objectifs, etc.) conjointement la supervision avec les parties prenantes (ECD, agents de santé, superviseurs de l'ONG, PGFG)
- Faire la revue des observations/ recommandations de la précédente supervision
- Programmer l'activité avec toutes les parties prenantes (ECD, agents de santé, ASC) ;
- Réviser ses connaissances sur la supervision ;
- Réunir le matériel nécessaire pour l'activité de supervision

*** Déroulement de la supervision (Pendant)**

- Civilité au chef de village
- Vérifier la disponibilité et l'état :
 - ✓ Equipements du PFGF : équipé ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre ?
 - ✓ Outils de Collecte du PFGF : Disponible ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre / période de couverture ?
- Evaluer les connaissances du PFGF : interroger le PFGF sur ses connaissances théoriques par rapport :
 - ✓ à la technique de communication (VAD) et PFE/AEN ;
 - ✓ à la reconnaissance des signe de pneumonie, diarrhée, malnutrition, mécanisme de recherche des FEPDV... et l'orientation des cas au centre de santé (le PFGF reconnaître les signes de danger à orienter d'urgence au centre de santé ?)
- Mettre le PFGF en situation pour évaluer ses compétences pratiques sur :
 - ✓ la technique de communication (VAD),
 - ✓ la reconnaître un cas de pneumonie, de diarrhée, de malnutrition, COVID-19,
- Donner des conseils sur les préventions
- Remplissage des outils
- Confirmer l'effectivité du paiement du GF
- Recueillir l'avis des communautés sur le travail du GF, y compris leurs connaissances du contenu de ce travail (apprécier l'interaction PFGF et communauté)
- Débriefing avec le PFGF (recommandations)

*** Déroulement de la supervision (Après)**

- Elaboration et validation du rapport par l'équipe de supervision
- Partage du rapport de supervision au DDS
- Suivi de la réalisation des recommandations formulées

3. Directives techniques pour les activités des Groupe d'actions communautaires (Mobilisation communautaire)

Définition	Processus de renforcement des capacités à travers lequel des individus, des groupes communautaires ou des organisations planifient, exécutent, et évaluent des activités sur une base participative et soutenue afin d'améliorer leur santé, leur éducation et d'autres besoins soit de leur propre initiative ou stimulé par d'autres.
Processus	<p>La mobilisation communautaire est un processus continu à travers lequel des communautés s'organisent pour prendre elles-mêmes en charge leurs problèmes de santé. Elle est indispensable pour faciliter un changement durable de normes sociales. Dans le cadre du NFM3, la méthodologie du Cycle d'Action Communautaire (CAC) sera utilisée pour aider les communautés à planifier, exécuter et évaluer des activités visant à adopter durablement des normes sociales en faveur du contrôle du paludisme. La mise en œuvre du CAC consistera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des équipes de mobilisation communautaire (EMC) dans les chefs-lieux des districts sanitaires ciblés. Ces équipes seront formées et recevront un appui logistique pour conduire le processus de mobilisation communautaire dans les aires de santé et localités. Il s'agira d'équipe multidisciplinaire avec au-moins cinq membres, à savoir le point focal santé communautaire du district sanitaire, un représentant de l'ONG sous-réceptiendaire, le responsable des activités de développement communautaire de la mairie, un agent de développement rural et un assistant social ; - Constituer des groupes d'action communautaire (GAC) dans les aires de santé. Les GAC bénéficieront de l'appui des EMC pour analyser les déterminants du contrôle du paludisme dans leurs communautés, fixer les priorités, faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action communautaire par l'ensemble de la communauté, et diriger l'évaluation des résultats.
Responsable	ASC, Agent de santé, Superviseur, Equipe projet
Cible prioritaire	Décideurs communautaires (Religieux, coutumiers, associations de femmes et de jeunes, Responsables de ménage, chefs de famille), les matrones, les belles mères, praticiens de la médecine traditionnelle, les détenteurs de cases de santé ,
Objectifs	<p>Amener la communauté a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier leurs problèmes de santé et fixer les priorités - Planifier les actions et agir ensemble pour l'amélioration de leur état de santé et de leur bien-être. - Evaluer ensemble les progrès de leurs actions et prendre des actions correctrices.

Démarche	<ul style="list-style-type: none">- convoquer une réunion avec toutes parties prenantes de la communauté pour l'identification des besoins de la communauté en matière de santé et bien-être. Cette réunion doit être interactive et participative (-Chacun a quelque chose à dire, - faire intervenir un animateur capable de distribuer la parole)- Faire intervenir l'agent de santé ou une personne ressource pour éclairer la communauté sur les données sanitaires et de développement.- Prioriser ensemble les problèmes- Elaborer un plan d'action communautaire consensuel.- Responsabiliser les membres de la communauté (mettre en place un comité villageois soit un groupe d'action communautaire avec un point focal ; le GAC est chargé d'appuyer l'ASC dans ses actions).- Organiser une réunion trimestrielle d'évaluation des progrès.
----------	---

4. Directives techniques pour les Interventions communautaires sur la COVID-19

Définition	Ensemble des activités menées par les ASC et les points focaux des groupements féminins dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.
Responsable	ASC/PFGF
Cible prioritaire	Communauté entière Cas contact/cas suspect/cas confirmé
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à la prévention des communautés contre la COVID-19. • Identification et signalement des cas alertes à l'agent de santé dans la communauté. • Faire le suivi des cas contacts, cas suspects et cas confirmés dans la communauté. • Assurer la continuité des activités communautaires en respectant les mesures barrières. • Prévenir la stigmatisation.
Démarche	<p>ASC ou le PFGF doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'un renforcement de capacité sur la COVID-19 (formation et équipements EPI). - Intégrer les messages de prévention de la COVID-19 lors de ses activités de VAD et CG. - Respecter les mesures barrières et veiller au respect de ces mesures dans sa communauté. - Apprendre aux ménages le lavage correct des mains à travers des séances pratiques. - Sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé malgré la pandémie (CPN, Vaccination et autres services de santé) - Rechercher, identifier les cas alerte (personne présentant fièvre, toux, difficulté respiratoire et qui au cours des jours précédant à été en contact avec une personne malade de la COVID-19) et signaler les cas à l'agent de santé. - Signaler les cas alertes à l'agent de santé. - Faire le suivi journalier des cas sur instruction de l'agent de santé avec la fiche de suivi individuel des cas contacts et des cas suspects. <p>NB : le district peut confier le suivi des cas confirmés à l'ASC dans sa communauté.</p>

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

5.1. Organisation du travail des radios de proximité

5.1.1. Sélection, contractualisation, formation

Les radios de proximité sont choisies parmi les radios légalement constituées, ayant une couverture optimale et la plus forte audience dans la zone ciblée (district sanitaire, commune).

La collaboration avec la radio dans le cadre du projet est formalisée par une convention de collaboration ou un contrat de prestation de service, définissant de manière claire et précise les attentes minimales vis-à-vis de chaque partie.

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 le paludisme, ainsi qu'une orientation pour l'utilisation des outils du projet (plan média et rapport de diffusion). A l'issue de la formation, le point focal réalise une restitution aux autres staffs de la radio de proximité.

5.1.2. Activités des radios de proximité

- Diffusion de spots radios en français et en langues locales ;
- Production et la diffusion d'émissions radios en direct et/ou sous-forme de rediffusion.

5.1.3. Production de plan de travail et de rapports mensuels d'activité

Chaque radio de proximité devra élaborer un plan média en début de mois qui précise les dates prévues pour la diffusion des spots et émissions, et réaliser un rapport de diffusion en fin de mois (voir Annexe X).

5.2. Directives pour les activités des radios de proximité

5.2.1. Procédure pour la diffusion des spots

- Mettre le support audio à disposition de l'équipe technique de la radio ;
- Préciser que l'ONG et la radio n'ont aucune autorisation pour la modification et/ou la reproduction des supports qui leurs sont distribués ;
- Programmer le temps de passage des spots et la période de diffusion ;
- Suivre la diffusion des spots et le respect du programme établi.

5.2.2. Procédure pour la réalisation des émissions radio

- Avant l'émission : **Conception de l'animation**
 - De quoi veut-on parler ?
 - Choisir le sujet de l'émission en collaboration avec l'équipe technique du SR, l'ECD/ERS, et après consultations des communautés (sondage/focus group)
 - Que veut-on réaliser ?
 - Définir un ou plusieurs objectifs de l'émission

- Qui veut-on atteindre ?
 - o Identifier les cibles de l'émission ;
- Quelles informations seront communiquées ?
 - o Données / témoignages / histoires vécues locales ;
 - o Messages clés et méthodologie pour décliner ces messages ;
- Comment communiquer avec les cibles ?
 - o Élaborer un conducteur tenant compte du niveau des participants et cibles
 - o Identifier et inviter les personnes ressources et les briefer sur le conducteur
- Pendant l'émission
 - L'animateur ou l'animatrice doit être connu dans la communauté ;
 - Reformuler les questions en cas de difficultés de compréhension ;
 - Reformuler et/ou traduire en langues locales les réponses des participants pour faciliter la compréhension par les cibles ;
 - Être flexible et adapter les questions en fonction des réactions des personnes interviewées ;
 - Utiliser un langage inclusif tout au long de l'émission ;
 - Donner la Voix aux Enfants lors des émissions avec les radios de proximité !
- Après l'émission
 - Sélectionner les meilleures séquences pour réaliser le montage de la bande finale ;
 - Valider la bande finale en équipe ;
 - Assurer la diffusion de la bande selon le programme établi ;
 - Suivre la diffusion de l'émission ;
 - Réaliser des sondages au sein des populations pour apprécier le niveau d'écoute et de compréhension des messages partagés.

6. Directives techniques pour la mise en œuvre des activités des Superviseurs

6.1. Définition et importance du Superviseur : un Acteur Clé pour le Succès du Projet

Le superviseur est un agent recruté par l'ONG sous-réциpiendaire. Il est affecté dans les districts pour assurer le suivi des activités du projet en collaboration avec l'Equipe Cadre de District, les agents de santé et les autorités administratives et coutumières locales.

Le superviseur a un rôle crucial pour le succès du projet NFM3 Paludisme volet communautaire. En effet, le superviseur constitue :

- L'Animateur **Communautaire par Excellence** dans le cadre du projet. Il doit par conséquent se fondre dans la communauté pour être en communion avec celle-ci de sorte à pouvoir mieux comprendre leurs besoins et aspirations, et travailler avec la communauté pour mettre en place des solutions pertinentes et socialement acceptables ;
- La **Cheville Ouvrière du projet** : la réalisation effective des activités du projet dépend fortement du superviseur. En effet, le superviseur est responsable de travailler avec l'Equipe Cadre du District Sanitaire pour mobiliser et motiver les acteurs communautaires (ASC et points focaux des groupements féminins), réunir les ressources humaines et matérielles nécessaires afin d'assurer leur supervision régulière des acteurs communautaires, et coordonner le suivi régulier des activités du projet. C'est à ce seul prix que les activités planifiées dans le cadre du projet pourront être efficacement mises en œuvre et, permettront d'atteindre les objectifs fixés, à savoir arriver à contrôler le paludisme en Côte d'Ivoire et amorcer la marche vers la pré élimination ;
- le **1^{er} Niveau d'Assurance Qualité** du projet : la qualité des activités et des données rapportées dans le cadre du projet dépendent fortement du superviseur. En effet, le superviseur a la responsabilité de travailler avec l'Equipe Cadre du District Sanitaire pour mobiliser les ressources nécessaires afin d'assurer la supervision des acteurs communautaires, le suivi des activités, et le contrôle qualité des données rapportées par les acteurs. Seule l'implication effective et la rigueur du superviseur permettront de garantir la crédibilité des informations rapportées par le niveau communautaire vis-à-vis du système de santé et des bailleurs de fonds.

6.2. Organisation du travail des superviseurs

6.2.1. Place du superviseur dans le fonctionnement du projet

Le Superviseur travaille sous la responsabilité directe des Technical Officer. Il assure des relations fonctionnelles avec les Equipes Cadre de District pour organiser, planifier et coordonner la mise en œuvre des activités communautaires prévues dans le cadre du projet. Il travaille en étroite collaboration avec les agents de santé au niveau des aires sanitaires, et avec les autorités administratives et coutumières locales.

Le superviseur assure également des relations fonctionnelles avec les acteurs communautaires (ASC et Groupements Féminins) qui dépendent de la leurs communautés respectives, et avec les Radios de Proximité qui sont conventionnées ou contractées pour la mise en œuvre des activités du projet.

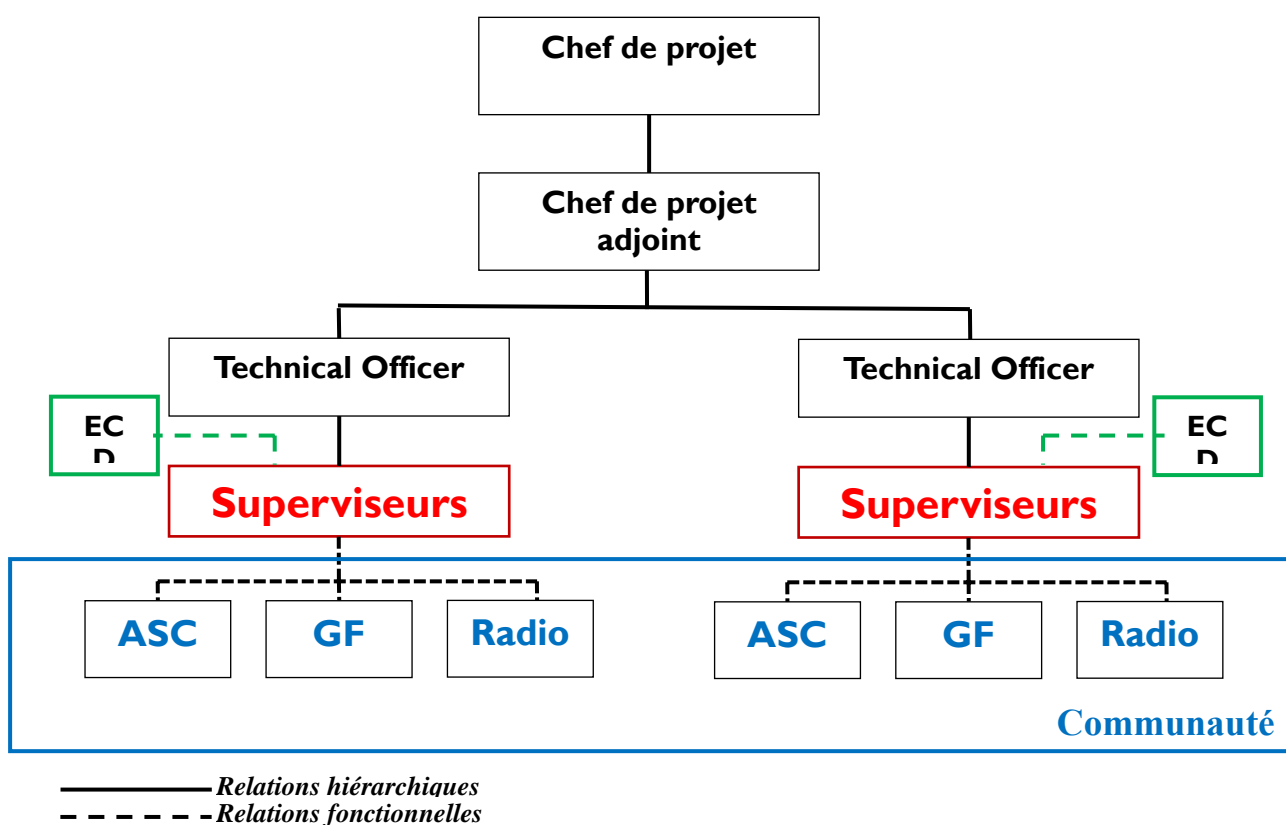


Figure 8 : Place du superviseur dans la mise en œuvre du projet NFM3 Paludisme volet communautaire

6.2.2. Positionnement / organisation des Superviseurs

#	Etape	Critères	Résultat attendu	Acteurs	Date limite
1	Affecter les superviseurs dans les districts	<ul style="list-style-type: none"> • Selon la cartographie révisée 	Liste des superviseurs par districts sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Chefs de projet • Technical officer 	15 février 2021
2	Positionner les superviseurs dans les Sous-Préfectures des districts	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le ratio du nombre d'ASC par superviseur 	Liste des superviseurs par sous-préfecture couvrant (n) aires de santé et (n) ASC	<ul style="list-style-type: none"> • Technical officer • Points focaux paludisme • Responsables d'ESPC 	15 février 2021
3	fixer cadre/objectifs de performance de chaque district	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le nombre d'ASC du district • Selon le cadre de performance du SR 	Un tableau de bord pour le suivi des performances du district	<ul style="list-style-type: none"> • Technical officer • Responsable S/E 	15 février 2021
4	fixer cadre/objectifs de performance de chaque superviseur	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le nombre d'ASC par superviseur • Selon le cadre de performance du SR 	Un tableau de bord pour le suivi des performances du superviseur	<ul style="list-style-type: none"> • Technical officer • Responsable S/E 	15 février 2021

6.2.3. Formation et équipement des superviseurs

#	Etape	Critères	Outputs	Acteurs	Date limite
1	Former les superviseurs	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie du projet et Directives Techniques • ICCM/CCC 	Mise en œuvre adéquate et harmonisée 200 superviseurs formateurs ICCM	<ul style="list-style-type: none"> • PR • SR 	30 mars 2021
2	Equiper les superviseurs en matériels roulant (motos)	<ul style="list-style-type: none"> • Transferts entre SR • Remise aux SR en cas de Gap 	Fiches d'affectation des motos aux superviseurs signés et archivés	<ul style="list-style-type: none"> • Chefs de projet • logisticien 	30 Juin 2021

3	Equiper les superviseurs ordinateurs et scanners	<ul style="list-style-type: none"> • Transferts entre SR • Remise aux SR en cas de Gap 	Fiches d'affectation des motos aux superviseurs signés et archivés	<ul style="list-style-type: none"> • Chefs de projet • logisticien 	30 Juin 2021
---	---	--	--	--	--------------

6.2.4. Principales activités des superviseurs

Activité	Cible prioritaire	Objectifs principaux	Démarche	Périodicité
Superviser les acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • ASC • GF • Radios de Proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'amélioration de la qualité des activités • Améliorer la qualité du remplissage des outils • Vérifier l'effectivité des activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit de supervision • Planification des supervisions • Tdr de supervision • Conduite de la supervision • Synthèse avec les supervisés • Suivi de la supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 visite de supervision conjointe + 1 visite de suivi par trimestre pour les GF ; • 1 visite de supervision conjointe + 1 visite de suivi par semestre pour les ASC ;
Vérifier et valider les données des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • ASC • GF • Radios de Proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des données primaires et secondaires est assurée • Les rapports d'activités du district sont produits à temps et sont de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la cohérence et la concordance des données • Examen du respect des orientations techniques • Triangulation d'informations • Spot-check 	Mensuel
S'assurer de la saisie des rapports de toutes les aires de santé dans sa zone de couverture	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports d'activités des aires de santé sont saisis dans le DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'agent de santé dans le traitement et la consolidation des données primaires de l'aire de santé ; • S'assurer avec le CSE que toutes les données sont 	Mensuel

			disponibles et rentrées dans le DHIS2	
Participer à la réunion mensuelle du district sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • ECD • Agents de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter les résultats obtenus • Discuter des difficultés rencontrées • Proposer des points d'action • Présenter les objectifs du trimestre suivant 	<ul style="list-style-type: none"> • Synthèse du rapport mensuel • Identification des difficultés • Rapport de réunion 	Mensuel

6.3. Directives pour les activités des superviseurs

6.4. Procédure pour la supervision des acteurs communautaires

Définition	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. On supervise du personnel et non des tâches : superviser = former
Finalité	Améliorer la performance de l'agent en vue de produire des services de qualité
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vérifier que le programme est réalisé conformément à la planification et selon des standards de qualité préalablement établis ➤ 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
Technique de supervision	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observation : regarder et sentir ➤ 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</p>

	nécessaire de les combiner pour mener à bien une supervision
Caractéristiques de la supervision	<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 fait mal 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
Phases 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 - Elaborer / adapter la grille de supervision - Élaborer le calendrier de la supervision - Examiner la documentation d'appui • 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 • Réalisation de la visite de supervision <ul style="list-style-type: none"> - Tenir une réunion préliminaire d'orientation 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"> ○ Observer le supervisé dans son environnement de travail pour apprécier la qualité technique des activités et les conditions de travail

	<p>(féliciter les performances en public et corriger en privé)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier le remplissage correct des outils de collecte de données en corrigeant les erreurs de remplissage ○ Vérifier la qualité perçue par les bénéficiaires et l'effectivité des activités en interrogeant les bénéficiaires des activités <ul style="list-style-type: none"> - Aider la personne supervisée à faire son auto-évaluation - Tenir une réunion de débriefing en présence des responsables de l'aire de santé 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) - Rédiger un rapport consolidé des supervisions réalisées au cours mois comportant les sections : Rappel des TdR, Méthodologie, déroulement de la supervision, résultats obtenus, difficultés rencontrées, points d'action, conclusion <ul style="list-style-type: none"> ● Suivi post-supervision : Réaliser une visite post-supervision pour : <ul style="list-style-type: none"> - vérifier l'exécution des activités prévues 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
--	---

6.5. Procédure pour la Validation et le Contrôle de la Qualité des Données

Définition	La validation de données désigne toute activité visant à vérifier que la valeur d'une donnée provient d'un ensemble donné de valeurs acceptables.
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Superviseurs de district ➤ Technical Officer ➤ Chargé de S&E
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 source disponibles pour la période de reportage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier si toutes les fiches d'activités des RC disponibles sont complètes, correctement remplies et qu'elles sont remplies systématiquement après la mise en œuvre des activités ; 2. Passez en revue les dates sur les documents source afin de s'assurer qu'elles font partie de la période de rapportage 3. Recomptez le nombre de personnes, de cas ou d'événements enregistrés sur les fiches de collecte, les registres et comparé aux données des fiches de synthèse pour vérifier les différences de nombres ; 4. Recomptez le nombre de personnes, de cas ou d'événements enregistrés sur les fiches synthèse et comparé aux données des rapports mensuels et les données dans la base de données informatiques. 5. Sélectionner un échantillon de bénéficiaires dans la communauté et leur demander s'ils ont reçu les services
-----------------	---

6.5.1. Supervision du Superviseur

Définition	La supervision est un processus continu qui consiste à guider et former un agent. Elle permet de soutenir et encourager ses initiatives sur le site de travail de sorte qu'il puisse l'exécuter avec facilité conformément aux directives.
Responsable	Technical Officer / Equipe de projet du SR
Cible prioritaire	Superviseurs des SR
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les compétences du superviseur à tous les niveaux, - Promouvoir la qualité à tous les niveaux - Renforcer les relations à l'intérieur des systèmes de santé - Focaliser sur l'identification et la résolution des problèmes - Optimiser l'utilisation des ressources
Outils à utiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Grille de supervision - Fiche de synthèse de supervision - Cahier de problème - Plan de résolution de problème - Revue des rapports et autres documents
Démarche	<p>Il existe deux (2) méthodes de supervision : la méthode directe et indirecte.</p> <p>La méthode directe est celle qui est privilégiée dans le cadre de cette subvention. Elle consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observer le PFGF pendant qu'il est en activité, sans l'interrompre. - Faire attention aux aspects techniques. - Ne discuter des observations qu'à la fin <p>Les démarches suivantes doivent être suivies pour garantir le minimum de qualité de</p>

la supervision en direction de l'ASC.

***Préparatifs de l'activité de supervision (Avant)**

- Planifier (programmation, identification des besoins/objectifs, etc.) conjointement la supervision avec les parties prenantes (DRS, ECD, agents de santé, superviseur)
- Faire la revue des observations/ recommandations de la précédente supervision
- Programmer l'activité avec toutes les parties prenantes (DRS, ECD, agents de santé, ASC, PFGF, superviseur) ;
- Réviser ses connaissances sur la supervision ;
- Réunir le matériel nécessaire pour l'activité de supervision

***Déroulement de la supervision (Pendant)**

- Civilité aux autorités administratives et sanitaires
- Vérifier la disponibilité et l'état :
 - ✓ **Equipements** du superviseur : équipé ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre ?
 - ✓ **Outils de Collecte** du superviseur : Disponible ou non ? Si oui, en bon état ou hors d'usage ? Nombre / période de couverture ?
- Evaluer les connaissances du superviseur : interroger le superviseur sur ses connaissances théoriques par rapport :
 - ✓ Au coaching et à la supervision des ASC, PFGF, radio et leaders religieux ;
 - ✓ À ses capacités d'analyse des données de gestion des intrants, médicament et outils de collecte
 - ✓ À sa capacité d'appropriation et d'analyse du mécanisme et outils de la recherche FE perdues de vues sous SP
- Observer le superviseur en situation pour évaluer ses compétences pratiques
 - ✓ Technique de coaching, réalisation du TDR, Utilisation des CTA, SRO-Zinc, Amoxicilline, reconnaître un cas de pneumonie, de diarrhée, de malnutrition, COVID-19, procédure d'archivage, gestion des outils et matériels de travail
- Recueillir l'avis des communautés sur le travail du superviseur, y compris leurs connaissances du contenu de ce travail (apprécier l'interaction superviseurs district sanitaire autorité administrative et la communauté)
- Débriefing avec le superviseur (recommandations)

***Déroulement de la supervision (Après)**

- Elaboration et validation du rapport par l'équipe de supervision
- Partage du rapport de supervision avec la DRS : DDS et l'équipe de gestion de projet du SR y compris le superviseur
- Suivi de la réalisation des recommandations formulées

6.6. Procédure pour la participation aux réunions de coordination dans les districts sanitaires

➤ **Types de réunion**

- Réunion de l'Equipe Cadre de District
- Réunions mensuelles avec les agents de santé

➤ **Acteurs**

- Superviseurs.

➤ **Objectifs**

- Présenter les résultats obtenus dans le district sanitaire par rapport aux activités planifiées ;
- Discuter des difficultés rencontrées ;
- Proposer des points d'action ;
- Présenter le plan de travail pour le prochain semestre.

➤ **Durée :**

- L'intervention du superviseur dans le cadre des réunions de coordination des districts sanitaire ne doivent pas excéder 15 minutes.

Annexe 2 : Définition du Paquet Minimum d'Activités (PMA) de l'ASC

Les services promotionnels

- Promotion des pratiques familiales essentielles, des actions essentielles en nutrition (alimentation de la femme enceinte et allaitante ; alimentation de l'enfant malade et dépistage de la malnutrition, allaitement maternel optimale, etc.) pour la santé de la mère et pour la survie du nouveau-né et de l'enfant ;
- Promotion des services de planification familiale (espacement des naissances, grossesses non désirées), des Violences Basées sur le Genre et des fistules obstétricales ;
- Promotion des activités de lutte contre la tuberculose (hygiène de la toux), le VIH (dépistage du VIH, PTME, utilisation du préservatif, promotion des pratiques sexuelles à moindre risque) et les autres pathologies chroniques (hépatites virales, diabète, HTA, etc.).

Les services préventifs

- Participation aux campagnes de masse d'administration de vaccins, de médicaments et à la distribution de produits et intrants stratégiques (JNV, SIAN, Distribution d'Ivermectine, Vitamine A, MILDA, déparasitants, etc.) ;
- Sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé (maladies transmissibles, maladies non transmissibles, maladies chroniques, maladies tropicales négligées, surveillance préventive des femmes enceintes, femmes accouchées/allaitantes, surveillance du développement de l'enfant, surveillance préventive des populations clés/prioritaires, etc.).

Les services curatifs

- Soins appropriés à domicile du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'adolescent et de l'adulte ;
- Suivi des traitements de maladies au niveau communautaire ;
- Activités de référence /orientation au centre de santé en cas de signes de danger ou de complications ;
- Recherche des patients ayant manqué leur rendez-vous et perdus de vue.

Les services de surveillance

- Surveillance et alerte précoce des cas de maladies à potentiel épidémique et des événements inhabituels au niveau communautaire (catastrophes naturelles, contamination d'eau, nombreux décès subites d'humains ou d'animaux, odeurs inhabituelles, etc.).

Les activités de soutien

- Recensement des ménages et des cibles sous sa responsabilité ;
- Appui au Centre de santé et au district dans l'organisation des activités (en stratégie fixe, stratégie avancée, stratégie mobile, des campagnes de masse, etc.)
- Production et transmission au centre de santé des rapports d'activités du mois écoulé et faire la programmation du mois suivant en collaboration avec l'Infirmier du centre de santé ;
- Notification au centre de santé des naissances et des décès maternels et néonataux survenus à domicile ;
- Gestion des ressources (matérielles, recettes et intrants) ;
- Participation aux rencontres et aux réunions.