

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE



EPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

SOINS ESSENTIELS DANS LA COMMUNAUTE

GUIDE NATIONAL POUR LA MISE EN ŒUVRE

Décembre 2015

Préface

Au niveau global, on note deux décennies de succès en termes de Survie de l'Enfant dues à l'élargissement de la couverture sanitaire et à la mise en œuvre des interventions efficaces de santé publique. Cependant, près de 9,7 millions d'enfants de moins de 5 ans continuent de mourir chaque année. La majorité de ces décès est imputable à des maladies courantes, évitables et guérissables. Il s'agit des maladies évitables par la vaccination en général, de la pneumonie, de la diarrhée, du paludisme, de la malnutrition, des causes néonatales mais également des décès maternels. Mises en œuvre à l'échelle nationale, les interventions recommandées contribuent à réduire de 35 à 90 % la mortalité actuelle des femmes et des enfants.

Les pays doivent renouveler leur ferme engagement pour la Survie de l'enfant basé sur le continuum de soins mère-nouveau-né-enfant, dans le temps basé sur le cycle de vie (grossesse accouchement naissance enfant) et dans l'espace basé sur la pyramide sanitaire y compris les ménages et la communauté.

En 2000, notre pays à l'instar des autres nations du monde, s'est engagé à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et certains progrès ont été réalisés, mais au rythme actuel les OMD 4 et 5 risquent de ne pas être atteints particulièrement pour l'Afrique sub saharienne.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V 201-2013 environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Le risque de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile rapporté dans cette enquête est respectivement de 35‰, 23‰, 42‰, 58‰, 42‰, et 98‰ durant les cinq dernières années ayant précédé l'enquête.

..

L'annuaire statistique 2014, donne 56 % et 86 % de la population vivant respectivement à 5 km et 15 km d'une formation sanitaire. Les agents de santé existants ne peuvent pas à eux seuls couvrir de façon adéquate toute la population du territoire national. (A actualiser)

Au Mali, jusqu'en 2009, les actions pour la santé communautaire étaient ciblées essentiellement sur la promotion et la prévention (JNV, SIAN, lutte contre l'onchocercose, le ver de Guinée et la schistosomiase, la DBC).

Dès 2008 le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires a mis en place un processus de réflexion à travers une analyse de la situation des relais communautaires, suivie en Mars 2009 par la tenue du forum national sur « l'amélioration de l'accès aux Soins Essentiels dans la Communauté (SEC) ».

Les recommandations issues de ce forum ont mis l'accent sur la nécessité d'harmoniser les approches communautaires et de mettre l'accent sur les aspects curatifs (paludisme, diarrhée, Infections Respiratoires Aigues...). Pour ce faire, la problématique des ressources humaines au niveau ménages et communauté se devait d'être résolue par la mise en place d'un Agent de Santé Communautaire en plus du relais. Cet Agent de Santé Communautaire aura en charge les aspects curatifs simples, préventifs et promotionnels. Les outils pour la mise en œuvre

d'une stratégie de Soins Essentiels au niveau de la Communauté (SEC) ont été élaborés. Les interventions proposées à travers le guide ont contribué à augmenter la couverture et l'accès aux services curatifs, préventifs et promotionnels au sein de la communauté et dans les ménages. Cette version révisée du guide prend en compte les nouvelles interventions en étant simplifiée pour faciliter son exploitation aux différents usagers. J'attache une attention particulière à l'utilisation efficiente de ce guide révisé et invite l'ensemble des acteurs à faire avancer la Stratégie de Soins Essentiels dans la Communauté. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrons relever ensemble le défi de l'atteinte des ODD pour le Mali.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique
Dr TOGO Marie Madeleine TOGO

Sigles et abréviations

ASACO:	Association de Santé Communautaire
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ATRS :	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée Suivie
CADD :	Cellule d'Appui à la Déconcentration et la décentralisation
CCSC :	Communication pour le Changement Social et de comportement
CCDSES :	Centres Communaux de Développement Social et de l'Economie Solidaire
CDMT :	Cadre de dépenses à Moyen Terme.
CNAM :	Centre National D'Appui à la Lutte contre le Maladie
CNIECS :	Centre National d'Information, Education et Communication pour la Santé
COC	Contraceptif Oral Combiné
COP	Contraceptif Oral Progestatif
DTC :	Directeur Technique du Centre
CPS :	Cellule de Planification et de Statistiques
CPS :	Chimio prévention du Paludisme Saisonnier
C4D :	Communication pour le Développement
CREDOS :	Centre de Recherche et de Documentation pour la Survie de l'Enfance
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Référence
CTA :	Combinaisons Thérapeutiques a base d'Artémisinine
DFM :	Direction des Finances et du Matériel
DBC :	Distribution à Base communautaire
DEF :	Diplôme d'Etudes Fondamentales
DNDS :	Direction Nationale du Développement Social
DNS :	Direction Nationale de la Santé
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPNLP :	Direction du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DV :	Dépôt de Vente
ECD :	Equipes Cadres de District
EDSM-IV :	Enquête Démographique et Santé Mali IV
EPH :	Etablissements Publics hospitaliers
FAP :	Femme en Age de Procréer
FENASCOM :	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM :	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
GA :	Groupe Ad-hoc
IEC :	Information, Education, Communication
INPS :	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique

IRA :	Infections Respiratoires Aiguës
JNESC :	Journées Nationales d’Evaluation des Services Centraux
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
MAM :	Malnutrition Aiguë Modère
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MILDA :	Moustiquaire Imprégnées de longue durée d’action
MS :	Ministère de la Santé
NC :	Nouvelles consultations
NN :	Nouveau-né
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernemental
PB :	Périmètre Brachial
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant au niveau communautaire
PEC :	Prise En Charge
PF :	Planification Familiale
PFE:	Pratiques Familiales essentielles
PMA :	Paquet Minimum d’Activités
PPM :	Pharmacie Populaire du Mali
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH/SIDA
RDC :	République Démocratique Du Congo
RDV :	Rendez- Vous
RTA:	Rapport Trimestriel d’Activités
SA :	Stratégies Avancées
SDAME :	Schéma Directeur d’Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SEC :	Soins Essentiel dans la Communauté
SIAN :	Semaine d’Intensification des Activités de Nutrition
SLIS :	Système Local d’Information Sanitaire
SMIG :	Salaire Minimum Inter-Garantie
SMIR :	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte,
SRO :	Sels de Réhydratation Orale
SSN :	Soins Simples au Nouveau-nés
TDR :	Tests de Diagnostic Rapide
TG :	Travaux de Groupe
TRO :	Thérapie par Réhydratation Orale
VIH :	Virus de l’Immunodéficience Humaine

Remerciements

Le guide a été révisé avec la participation de tous les acteurs qui ont contribué à son élaboration et sa mise en œuvre. Il s'agit des structures suivantes:

- CNEICS ;
- Division Nutrition ;
- Division Santé de la Reproduction ;
- Division Etablissements Sanitaires et Réglementation ;
- Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation de la Survie de l'enfant ;
- Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) ;
- Cellule de Planification et de Statistique (CPS/santé) ;
- Cellule d'appui à la Déconcentration et à la Décentralisation (CADD) ;
- Hôpital Gabriel TOURE (Pédiatrie) ;
- Division Hygiène Publique ;
- Unité Planification Formation et Information Sanitaire ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Direction Nationale du Développement Social ;
- Action Contre la Faim (ACF) ;
- Croix Rouge Malienne ;
- Save the Children ;
- Plan International Mali.

L'appui technique et financier a été conjointement assuré par l'UNICEF, l'USAID /SSGI, PSI Mali.

La révision du guide de mise en œuvre, des outils de formation, de collecte, de rapportage et de supervision s'est déroulé en trois phases : i) une phase préparatoire en réunion du groupe technique sur les observations et analyses des différents acteurs et élaboration des TDR et budgets de l'atelier ; ii) une phase d'exécution en travaux de groupes suivis de plénières sur les volets du guide à savoir : mise à jour du paquet SEC le mécanisme de sélection des sites ASC, profil et critères de sélection des relais et ASC, les structures de coordination et de mise en œuvre, sur l'orientation des acteurs, le renforcement des capacités des acteurs : formation, le suivi et l'évaluation, la Pharmacovigilance, les indicateurs, le tableau récapitulatif des rôles des acteurs par niveau et sur des thèmes spécifiques comme la prise en charge des cas (Paludisme, IRA, diarrhée et malnutrition aiguë), les soins aux nouveau-nés, la planification familiale, la nutrition et Hygiène, la communication pour le Changement social et de Comportement, les supports de collecte, de rapportage et de supervision ; iii) une phase de finalisation qui a constitué à la mise en forme des documents en dégageant les cahiers ou directives de l'ASC, à la rédaction et approbation du rapport de l'atelier et vi) une phase de validation avec le groupe technique après relecture du 1^{er} draft des documents révisés.

Sommaire

<i>Préface</i>	2
<i>Sigles et abréviations</i>	4
<i>Remerciements</i>	6
1. Objectifs du guide	10
1.1 Objectif général	10
1.2 Objectifs spécifiques	10
2. Résultats attendus du guide	10
3. Mise en œuvre du paquet préventif, promotionnel et curatif	11
3.1. Rappel sur la pyramide sanitaire	11
3.2. Description du paquet du relais (préventif et promotionnel)	11
3.3. Description du paquet de l'ASC (préventif, promotionnel et curatif)	15
4. Structures de coordination et de mise en œuvre	22
4.1 Structures de coordination	22
4.1.1. Coordination au niveau national	22
4.1.2. Coordination au niveau Régional	22
4.1.3. Coordination au niveau District Sanitaire	22
4.1.4. Coordination au niveau Aire de Santé	23
4.1.5. Coordination au niveau du site ASC:	23
4.2. Structures de Mise en œuvre	23
4.2.1. Structures de mise en œuvre au niveau National	23
4.2.3. Mise en œuvre au niveau Régional	24
4.2.4. Mise en œuvre au niveau District Sanitaire	24
4.2.5. Mise en œuvre au niveau Aire de Santé	24
4.2.6. Mise en œuvre au niveau du site ASC	24
5. Mécanisme de sélection des sites pour la mise en œuvre des SEC	25
5.1. Sélection des sites pour le paquet préventif et promotionnel	25
5.1.1. Définition et mécanisme de sélection du site de prestation du relais / GSAN	25
5.1.2. Profil et critères de choix des relais	25
5.1.3. Sélection des relais	25
5.1.4. Sélection des GSAN	26
5.2. Sélection des sites pour la mise en œuvre du paquet curatif	26
5.2.1 Définition du site de prestation de l'Agent de Santé Communautaire	26
5.2.2 Identification et sélection du site de prestation de l'Agent de Santé Communautaire	27
5.2.2.1. Sélection du site de l'Agent de Santé Communautaire	27
5.2.2.2. Profil et critères de choix des ASC	30
5.2.2.3. Mécanisme de sélection des ASC	30
5.2.2.3.1. Elaboration et le lancement d'un avis de recrutement	30

5.2.2.3.2 Recrutement des ASC	31
5.2.2.3.3 Installation des ASC	31
6 Renforcement des capacités des acteurs : Formations	31
6.1. Acteurs par niveau de formation	31
6.1.1. Niveau National :	32
6.1.2. Niveau Régional :	32
6.1.3. Niveau District Sanitaire :	32
6.1.4. Niveau Aire de Santé :	32
6.2. Déroulement des formations	33
7 Pharmacovigilance	36
8 Suivi /Supervision et Evaluation	36
8.1. Suivi-post formation et supervision des sites SEC	36
8.1.1. Objectifs de la supervision	37
8.1.1.1. Objectif général	37
8.1.1.2. Objectifs spécifiques:	37
8.1.2. Phase préparatoire	37
8.1.3. Phase d'exécution	38
8.1.4. Phase de suivi	39
8.2. Renforcement des capacités de l'ECD et de l'équipe du CSCOM pour la supervision des sites ASC	39
8.3. Outils et supports de supervision	39
8.4. Utilisation des données	40
8.4.1. Transmission de l'information, Analyse et exploitation des données au niveau district et CSCOM	40
8.4.2. Revue SEC	40
9 Gestion et fonctionnement des sites, mécanisme de pérennité	40
9.1. Gestion des intrants et équipements	40
9.1.1. Approvisionnement et réapprovisionnement en intrants et médicaments	40
9.1.2. Dotation en équipement, entretien et renouvellement	42
9.2. Gestion des ressources humaines	42
9.2.1. Mécanismes de motivation du relais	42
9.2.2. Mécanisme de motivation de l'ASC	43
9.2.3. Place des relais et ASC dans le système de Santé	43
9.2.3.1. Place et responsabilité du relais	43
9.2.3.2. Place de l'ASC	44
9.2.4. Le mécanisme de pérennisation des SEC	44
ANNEXE I	45
1. Rôle de l'ASC :	45
2. Relations avec le CSCOM et le CCDSES	46

3. Relations avec l'équipe socio sanitaire du district : _____	46
4. Relations avec l'ASACO : _____	46
5. Relations avec le relais _____	46
<i>ANNEXE II : Liste des indicateurs clefs</i> _____	47
<i>ANNEXE III : Fiche de pharmacovigilance</i> _____	53

Liste des tableaux

TABLEAU I : DESCRIPTION DES ROLES, RESPONSABILITES, CONDUITE A TENIR ET MATERIEL POUR LE RELAIS	
COMMUNAUTAIRE	13
TABLEAU II : DESCRIPTION DES ROLES, RESPONSABILITES, CONDUITE A TENIR ET MATERIEL POUR L'ASC.....	18
TABLEAU III : RECAPITULATIF DES ELEMENTS CLES POUR LA REALISATION DES FORMATIONS PAR NIVEAU	34

1. Objectifs du guide

1.1 Objectif général

Orienter les différents acteurs sur la mise en œuvre des Soins Essentiels dans la Communauté afin de renforcer le système de santé.

1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce guide sont :

- ✓ Décrire le paquet de soins essentiels retenu ;
- ✓ Décrire les organes de coordination et de mise en œuvre des SEC ;
- ✓ Décrire le processus de sélection des ASC et des sites d'implantation ;
- ✓ Décrire le processus de formation des ASC/ relais CCSC/GSAN ;
- ✓ Décrire le processus d'orientation des acteurs ;
- ✓ Décrire le processus de gestion/fonctionnement des sites et GSAN ;
- ✓ Décrire le mécanisme de pérennisation de la stratégie ;
- ✓ Décrire le processus de suivi/évaluation des SEC.

2. Résultats attendus du guide

Les résultats attendus sont les suivants :

- Le paquet de soins essentiels est défini ;
- Les organes de coordination et de mise en œuvre des SEC sont définis ;
- Le processus de sélection des ASC et l'identification des sites des ASC sont décrits ;
- Les processus de formation, orientation et suivi & évaluation sont décrits ;
- Le processus gestion/fonctionnement des sites est décrit ;
- Le mécanisme de pérennisation de la stratégie est décrit.

3. Mise en œuvre du paquet préventif, promotionnel et curatif

3.1. Rappel sur la pyramide sanitaire

La pyramide sanitaire comporte trois niveaux selon la Politique Sectorielle de santé et de Population¹: i) le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. IL veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous ; ii) le niveau d'appui : la région est chargée d'appuyer les cercles sur le plan technique ; iii) Le niveau opérationnel, il comprend deux échelons, le district sanitaire qui constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser, d'en assurer la gestion et de servir de référence pour le CSCOM qui offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA).

Actuellement, il existe trois niveaux de référence i) 63 Centres de Santé de Référence (CSRéf), ii) 8 établissements hospitaliers, iii) 6 Centres Hospitalo-universitaires (CHU), Selon l'annuaire statistique 2014, la base du système de santé est composée de 1204 Centres de Santé Communautaires constituant le 1er échelon et le premier niveau de recours aux soins qui offre le PMA. Il existe en outre 647 établissements de santé privés parapublics, confessionnels et infirmeries militaires.

3.2. Description du paquet du relais (préventif et promotionnel)

Le paquet de service est composé principalement de :

1. La Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) sur les pratiques familiales essentielles (PFE) adoptées au niveau national qui sont:
 - Le ménage fait vacciner complètement les enfants avant un an et leur fait administrer la vitamine A tous les 6 mois jusqu' à 59 mois ;
 - Les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes dorment toutes les nuits sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ;
 - Les femmes enceintes utilisent les services de CPN et de CPON ;
 - Les hommes et les femmes du ménage pratiquent au moins une mesure de prévention du VIH-SIDA ;
 - Le ménage pratique les mesures d'espacement de naissance ;
 - Les mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à 6 mois et donnent les aliments de compléments appropriés aux enfants à 6 mois ;
 - Le ménage consomme le sel iodé ;

1

- les membres du ménage utilisent et entretiennent les latrines ;
 - Le ménage consomme de l'eau potable ;
 - Les membres du ménage se lavent les mains au savon, après les toilettes, après le nettoyage anal des enfants, avant de préparer, avant de manger et de donner à manger aux enfants ;
 - Les ménages font enregistrer les enfants à l'état civil dès la naissance ;
 - Le ménage inscrit les enfants (garçons et filles) d'âge scolaire à l'école ;
 - Les parents donnent une alimentation complémentaire aux jeunes enfants ;
- En plus des PFE la CCSC concernera d'autres messages tels que :
- L'Espace de jeu propre pour les enfants de moins de 2 ans ;
 - Le conseil pour l'alimentation de la femme enceinte et femme allaitante ;
 - Le conseil et la référence en cas d'épidémie... ;
2. La Promotion et le suivi de la croissance et les conseils nutritionnels adéquats, le dépistage, la référence et le suivi des cas de malnutrition, de même que l'appui à la stratégie avancée (partage d'informations, référence, recherche active des perdus de vue) ;
 3. La distribution à Base Communautaire des produits non médicaux et/ou approuvés y compris les contraceptifs. La reconnaissance et référence en cas de signes de danger chez le Nouveau-Né, l'enfant, la femme enceinte et après l'accouchement ;
 4. La promotion de l'utilisation de la Chlorhexidine digluconate 7,1% sur les soins du cordon des nouveau-nés ;
 5. L'administration de produits et la distribution d'intrants pendant les campagnes de masse (vit A et Vaccin Polio Oral et autres vaccins, déparasitant ; MILDA ...) ;
 6. Les démonstrations du traitement de l'eau avec les produits et matériels nécessaires fournis ou disponibles au niveau local ;
 7. L'appui à la mise en place et au fonctionnement des Groupes de Soutien des Activités de Nutrition (GSAN).

Pour la mise en œuvre du paquet, le relais a besoin des matériels et équipements suivants :

- Vélo ;
- Boîte à image ;
- Sac, cahier, stylo ;
- Bande de Shakir ;
- Lampe torche ;
- Contraceptifs ;
- Bottes ;
- Combinaison imperméable ;
- Gilet.

Le détail du paquet à mettre en œuvre par le relais communautaire est décrit dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Description des rôles, responsabilités, conduite à tenir et matériel pour le relais communautaire

Items	Description spécifique	Conduite à tenir	Intrants matériels en plus du kit de communication	Documents Supports
Paludisme	Tout cas de fièvre chez un enfant de moins de 5 ans	Référer à l'ASC Suivi des enfants sous traitement, conseil sur l'utilisation des MILD		Cahier de collecte des données Cahier de CCSC/ IEC
IRA	Toux, difficultés respiratoires chez un enfant de moins de 5 ans	Référer à l'ASC Suivi des enfants sous traitement		Cahier de collecte des données Cahier de CCSC/ IEC
Diarrhée	Plus de trois selles liquides par jour	Référer à l'ASC Suivi des enfants sous traitement		Cahier de collecte des données Cahier de CCSC/ IEC
Malnutrition	Tout enfant qui est dans la zone jaune ou rouge de la Bande SHAKIR	Dépistage, référence et suivi Donner des conseils nutritionnels	Bande SHAKIR Aliments locaux farines enrichies...	Cahier de collecte des données Cahier de CCSC/ IEC Matériels de dépistage de la malnutrition
ANJE	Stratégie pour la promotion des comportements et pratiques recommandés en matière d'allaitement maternel, d'alimentation de compléments et d'alimentation des FE et FA ancré dans une approche de 1000 jrs	Conseils et démonstrations nutritionnels, VAD et appui au GSAN	Boite à image	
Planification familiale	Ensemble des méthodes de contraception modernes qu'un couple peut utiliser pour assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées et d'espacer les naissances	Conseils, Démonstrations, Sensibilisation dans les ménages auprès des FAP et des hommes Présentation des méthodes non prescriptibles disponibles Aide au choix des méthodes, Suivi des acceptantes, Référence pour celles qui optent pour une méthode non disponible	condom Collier Matériel de démonstration	Cahier de collecte des données Cahier de CCSC/ IEC

Soins simples au nouveau-né	Ensemble des conseils donnés, de la naissance à 6 semaines, pour améliorer la survie du nouveau-né	Référence Suivi, Visites à Domicile, causeries éducatives, enregistrement de naissance, répertoire femme enceinte		Cahier de collecte des données, Cahier de CCSC/ IEC, Cahier d'enregistrement des naissances
Eau, Hygiène et Assainissement	Conseils sur l'utilisation et l'entretien des latrines, la consommation d'eau potable, le lavage des mains au savon et l'espace de jeu propre pour l'enfant,	Visites à domicile, démonstration, causeries éducatives	Boite à image Produits et matériels WASH	Cahiers

3.3. Description du paquet de l'ASC (préventif, promotionnel et curatif)

Il s'agit ici de faire en plus des éléments du paquet du relais, les Soins Simples au Nouveau-né, la Prise en charge de la malnutrition modérée et de la Malnutrition Aigüe Sévère sans complication (MAS), la prise en charge à base communautaire de : **i)paludisme simple** après diagnostic chez les enfants et adultes (Test de diagnostic Rapide), **ii)diarrhée**, **iii)IRA**.

Dans le domaine de la **planification familiale**, il est retenu l'administration de produits PF y compris les injectables et l'implanon NXT.

L'ASC participera à l'administration de produits et la distribution d'intrants pendant les campagnes de masse (vit A et Vaccin Polio Oral et autres vaccins, déparasitant, MILD...), à la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (SIMR) à travers la notification et sera responsable de la tenue correcte et régulière des supports de données puis l'envoi au CSCOM.

En régions du nord il participera aux activités des équipes mobiles simplifiées ou polyvalentes

ROLES ET RESPONSABILITES DE L'ASC (En plus des activités menées par le relais–CCSC)

- ✓ Diagnostic et prise en charge :
 - Paludisme simple ;
 - Diarrhée ;
 - Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée et sévère sans complication avec suivi de l'utilisation correcte de l'ATPE par les enfants;
 - IRA (pneumonie, toux, rhume);
- ✓ Distribution de vitamine A ;
- ✓ Promotion et suivi de la croissance, y compris les conseils nutritionnels adéquats ;
- ✓ Participation à l'identification, la formation et le suivi des GSAN ;
- ✓ Visites à domicile pour le suivi et les conseils à donner aux femmes enceintes pour la CPN et l'accouchement au centre de santé ;
- ✓ Soins post natals adaptés pour la mère et le Nouveau-né notamment :
 - Soins hygiéniques du cordon avec la Chlorhexidine ;
 - Maintien de la température du corps pour le Nouveau-né ;
- ✓ Soins spécifiques du NN avec faible poids à la naissance, conseils sur l'allaitement exclusif et l'alimentation de la mère, recherche de signes de danger, PF postpartum ;
- ✓ Notification des maladies sous surveillance ;
- ✓ La sensibilisation sur les pratiques d'hygiène au niveau des garderies et foyers coraniques (eau potable, hygiène alimentaire, gestion des excréta) ;
- ✓ Rapportage de la situation des points d'eau et des latrines améliorées, dispositifs de lavage des mains au savon ;

- ✓ Rapportage de la situation des points de vente de produits/matériels WASH (dalles, dispositifs de lavage des mains au savon, Aquatab, filtres, eau de Javel...) ;
- ✓ Tenue correcte et régulière des supports de données puis transmission des données au CSCOM ;
- ✓ Référence au besoin ;
- ✓ Promotion des mesures d'hygiène, eau et assainissement (Distribution de filtre et d'aquatabs, lavage des mains au savon aux moments critiques, élimination des déchets, traitement de l'eau, utilisation des latrines...).

Les intrants, matériels et supports nécessaires pour l'ASC sont :

- ✓ Matériels/Equipements :
 - Moto/vélo ;
 - Lampe torche ;
 - Armoire pour médicaments ;
 - Boîte à image ;
 - Bottes ;
 - Balance mère-enfant ;
 - Bande de Shakir ;
 - Toise ;
 - Minuteur /chronomètre ;
 - Dispositifs de lavage des mains ;
 - Poubelles ;
 - Boîte de sécurité ;
 - natte/nappe ;
 - Matériels pour test d'Appétit ;
 - Table et chaises ;
 - Combinaison imperméable ;
 - Thermomètre ;
 - Filtre ;
 - Kit assainissement (brouette, râteau, pelle, gants, raclette...) ;
 - Ciseaux, agrafeuse ;
- ✓ Produits/intrants:
 - Savon ;
 - Eau de Javel ;
 - Comprimés chlorés pour eau(Aquatab) ;
 - TDR, Gants ;
 - Amoxicilline comprimé et sirop ;
 - Balembo sirop ;
 - Carbocysteine sirop ;
 - Paracetamol comprimé et sirop ;

- CTA comprimé ;
 - Artesunate capsule rectale ;
 - SRO ;
 - Zinc ;
 - Chlorhexidine ;
 - Vitamine A ;
 - Albendazole comprimé ;
 - Fer comprimé ;
 - Plumpynut ;
 - Plumpy sup ;
 - Farines enrichies (CSB,...) ;
 - COC ;
 - Méthode injectable PF ;
 - COP ;
 - Condom ;
 - Collier.
- ✓ Supports de collecte:
- Registre de consultation ;
 - Registre MAM, MAS sans complication ;
 - Carnet de croissance ;
 - Fiches de stock ;
 - Compte rendu de gestion des stocks ;
 - Cahier d'activités GSAN / relais ;
 - Liste de vérification des animations du GSAN ;
 - Fiche individuelle de prise en charge de l'enfant ;
 - Registre soins simples du nouveau-né ;
 - Registre PF ;
 - Cahier de communication de l'ASC ;
 - Registre consultations ASC ;
 - Canevas rapport mensuel ;
 - Fiche d'inventaire de matériels ;
 - Guide de supervision du relais /GSAN ;
 - Registre de vente journalière des médicaments ;
 - Fiche de contrôle et d'éligibilité PF ;
 - Fiche de suivi PF.
- ✓ Le tableau II ci-dessous décrit les différents éléments du paquet de soins offerts (Palu, diarrhée, IRA et malnutrition, SSN, PF) et la conduite à tenir.

Tableau II : Description des rôles, responsabilités, conduite à tenir et matériel pour l'ASC

Items	Description spécifique des signes	Conduite à tenir	Intrants matériels en plus du kit de communication	Documents, supports et autres
Paludisme	Tout cas de fièvre chez un enfant de moins de 5 ans avec TDR positif	TDR positif : - PEC du Palu simple et conseils adaptés à l'enfant ; - Référer si signes de gravités ou non amélioration.	CTA Artésunate rectal Test de Diagnostic Rapide (TDR) Paracétamol Gants	Registre
IRA	Toux, difficultés respiratoires chez un enfant de moins de 5 ans	- PEC des cas non compliqués et conseils adaptés à l'enfant ; - Référer les cas compliqués au CSCOM ou en absence d'amélioration.	Amoxycilline Paracétamol Thermomètre Chronomètre	Cf. relais
Diarrhée	Plus de trois selles liquides par jour	- PEC des cas non compliqués par TRO et conseils adaptés à l'enfant ; - Référer les cas compliqués au CSCOM ou en absence d'amélioration.	SRO Zinc	
Malnutrition	Tout enfant qui est dans la zone jaune ou au rouge de la Bande de SHAKIR	- PEC des cas de la malnutrition aigue modérée et sévère conseils nutritionnels et autres adaptés à l'enfant ; - Référer les cas de MAS avec complications au CSCOM ou en absence d'amélioration.	Aliment local et thérapeutique farines enrichies...) déparasitant, micronutriments	Protocole, Bande SHAKIR, balance, fiches de croissance avec nouvelles courbes de l'OMS

Soins simples au nouveau-né

Ensemble des conseils à donner aux mères / parents, et gestes à faire pendant la grossesse et après la naissance jusqu'à 6 semaines, pour améliorer la survie du nouveau-né

- Suivi du recensement des femmes enceintes et des naissances avec le relais ;
- Visites à domicile pour conseils aux femmes enceintes pour la CPN et l'accouchement au CSCOM et appui à la préparation du plan d'accouchement -Conseils pour l'utilisation de Chlorhexidine pour les soins du cordon du nouveau-né ;
- Visites à domicile pour le suivi des nouveau-nés :
- conseils, prise de poids, température, fréquence respiratoire, recherche de signes de danger et référence des cas au CSCOM ;
- Organisation des causeries éducatives sur les soins prénatales, les accouchements et la consultation post natale au CSCOM une fois par semaine ;
- collaborer avec les relais, les organisations communautaires pour la réalisation des activités de soins simples au nouveau-né.

Thermomètre, Balance mère-enfant, minuteur, boîte à images

Cahier de recensement des femmes enceintes, Cahier de communication, Cahier d'enregistrement des naissances

Planification familiale	Ensemble des méthodes de contraception modernes qu'un couple peut utiliser pour assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées et à espacer les naissances	- Faire la sensibilisation dans les ménages auprès des FAP pour leur adhésion à la PF ; - Présenter les méthodes disponibles y compris les prescriptibles (confiance) ; - Aider au choix des méthodes ; - Suivre les acceptantes ; - Référer pour celles qui optent pour une méthode non disponible.	COC, Injectable COP, condom Collier, Implanon NXT	Support DBC
Eau, Hygiène et Assainissement	Conseil sur les pratiques d'hygiène au niveau des garderies et foyers coraniques (eau potable, hygiène alimentaire, gestion des excréta) Rapportage de la situation des points d'eau, des latrines améliorées et dispositifs de lavage des mains Rapportage de la situation des points de vente de produits/matériels WASH (dalles, des dispositifs de lavage, Aquatab, filtres, eau de Javel...)	Démonstration, causeries, visite à domicile, visite des garderies et foyers coraniques	Dispositifs lave-main, Aquatab, eau de Javel, natte/nappe	Cahier de causerie, canevas de RMA boîte à image

Nutrition Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) Promotion de l'allaitement exclusif, de l'alimentation de complément, la supplémentation en micro nutriments	Les ASC en collaboration avec les relais, les organisations communautaires organisent des activités de : - causeries éducatives une fois par semaine sur l'ANJE (allaitement exclusif, alimentation de complément, l'utilisation du fer pendant la grossesse et en post partum, l'administration de la vitamine A ; - démonstration nutritionnelle une fois par semaine dans chaque village sites satellites ; - -dépistage de masse une fois par mois dans chaque village sites satellites. Cahier GSAN, fiche de vérification
--	---

4. Structures de coordination et de mise en œuvre

4.1 Structures de coordination

Les structures de coordination concernent le niveau national, régional, district sanitaire, aires de Santé et sites ASC

4.1.1. Coordination au niveau national

Pour le pilotage du processus, un **groupe ad hoc** a été mis en place par le Ministre de la santé présidée par le Secrétaire général. Il est composé des services centraux, des services rattachés, des organismes personnalisés, de la Société civile notamment l'Association des Municipalités du Mali (AMM) et la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) et des partenaires techniques et financiers.

Il est chargé de l'élaboration des documents (guide et outil) et de leur mise à jour, la planification des activités, l'allocation des ressources et le suivi de la mise en œuvre. Le secrétariat technique est assuré par la Direction Nationale de la Santé qui est responsable de la coordination de toutes les interventions.

AMM et la FENASCOM co-président le groupe ad hoc.

4.1.2. Coordination au niveau Régional

Au niveau régional, un **comité de pilotage** a été mis en place dès le démarrage des activités pour la coordination des interventions en matière de soins essentiels dans la communauté.

Ce comité est composé par les représentants des structures suivantes : DRS, DRDSES, DRPFEE, FERASCOM, Conseil Régional, EPH, Antenne régionale de l'UTM, les PTF, les ONG/Associations, DRACPN et Hydraulique

Il a pour rôle de fournir un appui technique et financier à la DRS et aux districts sanitaires dans le domaine de l'orientation, de la formation, du suivi / supervision des SEC.

4.1.3. Coordination au niveau District Sanitaire

Au niveau district sanitaire l'équipe cadre du District, les PTF, Collectivités, FELASCOM, CCDSES (centres communaux de développement social et de l'économie solidaire), DRACPN, Hydraulique, ONG/Associations et Mutuelles de santé forment un comité de coordination composé qui assure la coordination des activités SEC sous le leadership du président du conseil de cercle.

Ce comité de coordination est chargé de la planification, de l'appui technique et financier aux aires de santé qui sont gérées par les ASACO sous le contrôle des maires.

4.1.4. Coordination au niveau Aire de Santé

La coordination sera assurée par **l'équipe aire de santé** composée du comité de gestion de l'ASACO, l'équipe technique du CSCOM, les centres communaux de développement social et de l'économie Solidaire (CCDSES), la Mairie, les représentants locaux des PTF, des ONG, des mutuelles et autres secteurs pouvant contribuer à la mise en œuvre des SEC. Elle est **chargée du choix des sites de prestation, de la sélection et du suivi des ASC et de la sensibilisation de la communauté.**

En régions du Nord dans les aires non fonctionnelles, la coordination sera assurée par l'équipe socio sanitaire de District, les PTF, Collectivités, FELASCOM, les ONG et les mutuelles sous le leadership du président du conseil de cercle

4.1.5. Coordination au niveau du site ASC:

Ce comité est composé des chefs de villages, les leaders religieux, les communicateurs traditionnels, les tradithérapeutes, les associations de femmes et jeunes, l'ASC, les relais et les ATR, les comités de gestion scolaire, les partenaires de proximité. Il renforce la mobilisation communautaire autour des activités SEC.

4.2. Structures de Mise en œuvre

La mise en œuvre de la stratégie a commencé par une phase initiale dans les districts sélectionnés des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti sur la base de critères prédéfinis lors de l'élaboration du plan de mise en œuvre.

Après une évaluation nationale, l'extension sera faite à l'ensemble des districts des régions de Tombouctou, Gao et Kidal.

4.2.1. Structures de mise en œuvre au niveau National

Les structures concernées sont le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (DNS, DFM, , PNLN ; CPS-SSDSPF, DPM, CNAM, CREDOS, INSRP, CADD, PPM) ; le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord , le Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille, les Organisations de la Société Civile notamment la FENASCOM, l'AMM, les PTF, le secteur privé et autres structures nationales pouvant contribuer à la mise en œuvre des SEC.

Le niveau national est chargé de :

- Réviser la politique de mise œuvre des approches communautaires en se focalisant sur la revue des documents et stratégies d'intervention ;
- Élaborer les documents et outils de la mise en œuvre ;
- Faire le Plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Veiller à l'application correcte du guide de mise en œuvre par tous les acteurs ;
- Mettre en place un système permettant de collecter et de transmettre les données des ASC ;
- Adapter les supports SLIS pour prendre en compte les données collectées par les ASC/relais.

4.2.3. Mise en œuvre au niveau Régional

Les structures concernées sont la DRS, DRDSES, DRPFEF, FERASCOM, RECOTRADE Conseil Régional, EPH, Antenne régionale de l'UTM, les PTF, les ONG/Associations.

Le niveau régional a la charge de :

- Assurer la disponibilité des intrants et supports ;
- Appuyer la formation et le suivi / supervision des ASC et des relais ;
- Assurer la documentation des activités;
- Organiser la revue des SEC conformément aux dispositions en vigueur notamment les réunions trimestrielles.

4.2.4. Mise en œuvre au niveau District Sanitaire

L'équipe cadre du district est l'animateur principal de la mise en œuvre des SEC. A ce titre elle assure :

- L'orientation, la formation, le suivi/ évaluation périodique des SEC au niveau des aires de santé ;
- La mise en place de l'équipe de coordination de l'aire de santé ainsi que son orientation ;
- -La revue des SEC conformément aux dispositions en vigueur notamment les réunions mensuelles.

4.2.5. Mise en œuvre au niveau Aire de Santé

L'ASACO et l'équipe technique du CSCOM sont chargés de la sélection des ASC et du choix des sites selon des critères définis. Toutes les activités des SEC sont planifiées et mises en œuvre dans les villages / fractions retenus. Le personnel technique du CSCOM et du CCDSES est chargé de l'orientation, de la formation continue des ASC sous la supervision de l'équipe cadre du District sanitaire.

Le responsable du CSOM en collaboration avec l'ASACO et la Mairie est chargé de la supervision des ASC, des relais / GSAN et de l'organisation de la société civile intervenant dans le domaine des SEC (ONG, Associations, Groupements).

La formation des relais est sous la responsabilité conjointe de l'ASACO et la mairie avec l'appui de l'équipe technique du CSCOM et du CCDSES. Elle bénéficie de l'appui de l'équipe cadre du District mais peut également solliciter la société civile dans le cadre du faire faire.

4.2.6. Mise en œuvre au niveau du site ASC

Le village / fraction site constitue le lieu de travail de l'ASC avec éventuellement un rayonnement dans les villages / fractions satellites.

Le rayonnement autour des sites et villages/fractions satellites de l'ASC se fait dans les 3 km en régions sud, 25 km pour les aires fonctionnelles et 60 km pour les aires non fonctionnelles appuyées par l'équipe mobile en régions nord).

A ce niveau, le délégué de l'ASACO et l'ASC sont chargés en plus de la supervision des relais, de toutes les activités de mobilisation sociale dans le domaine des SEC.

La boîte à image au niveau village / fraction est un outil intégré pour toutes les interventions ; les 13 pratiques familiales restent d'actualité par rapport au monitoring des activités des relais.

5. Mécanisme de sélection des sites pour la mise en œuvre des SEC

Ce chapitre traite des éléments fondamentaux qui concourent à la sélection des sites, la sélection des ASC et à leur installation.

5.1. Sélection des sites pour le paquet préventif et promotionnel

5.1.1. Définition et mécanisme de sélection du site de prestation du relais / GSAN

La notion de sélection de site n'est pas applicable au relais qui est présent dans tous les villages à raison d'un ratio de un relais pour 50 ménages.

5.1.2. Profil et critères de choix des relais

Le relais est un membre de la communauté (homme ou femme) qui consacre une partie de son temps à initier ou soutenir des actions de promotion et de prévention pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il incite les individus et les familles à adopter les Pratiques Familiales Essentielles et la communauté toute entière à encourager le maintien de ces pratiques dans le temps.

Il est l'interface entre sa communauté, les Agents de Santé Communautaires, les services socio-sanitaires et les autres acteurs de santé communautaires (guérisseurs, accoucheuses traditionnelles, etc.). Il est volontaire et travaille de manière bénévole (c'est-à-dire qu'il ne perçoit pas de rémunération pour son travail).

5.1.3. Sélection des relais

Le relais est présent dans tous les villages / fractions à raison d'un **ratio d'un relais pour 50 ménages**. Il est **choisi de façon participative et consensuelle** par la population.

Dans le cadre des SEC les critères de sélection sont les suivants :

- ✓ Savoir parler, lire et écrire en langue locale ou toute autre langue est souhaitable ;
- ✓ Etre issu du milieu ;
- ✓ Etre choisi par la population ;
- ✓ Etre disponible et engagé ;
- ✓ Etre volontaire et accepter le bénévolat ;

- ✓ Avoir une source de revenus assurée ;
- ✓ Etre homme/femme expérimenté (e) (organiseurs, leaders etc.) ;
- ✓ Etre crédible (honnête, respectueux, sociable, tolérant).

5.1.4. Sélection des GSAN

Le groupe doit comprendre 10 à 12 personnes au maximum parmi lesquelles une accoucheuse traditionnelle, la présidente des associations des femmes, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les grands-mères, les femmes expérimentées, les gardiennes d'enfants, les jeunes filles, les pères, les tradithérapeutes.

La mise en place du GSAN est suivie de la formation de 4 à 5 membres sur l'ANJE et l'approche 1000 jours.

Dans le cadre des SEC les critères de sélection :

- ✓ Même critères que les relais ;
- ✓ En plus :
 - Parler la langue du milieu ;
 - Etre du milieu (village) ;
 - Avoir une bonne moralité ;
 - Avoir la confiance de la communauté ;
 - Avoir une occupation dans le village.

5.2. Sélection des sites pour la mise en œuvre du paquet curatif

Ce chapitre traite des éléments fondamentaux qui concourent à la sélection des sites, la sélection des ASC et à leur installation.

5.2.1 Définition du site de prestation de l'Agent de Santé Communautaire

Le site de l'ASC est le lieu de résidence de l'agent qui offre le paquet de soins retenus à partir duquel il mène des activités itinérantes dans les autres villages/fractions satellites.

Le site de prestation physique est déterminé par les autorités villageoises / fractions dans le village /fraction site et le satellite. Il doit se situer à une distance supérieure à 5 km du centre de santé communautaire ou dans une zone d'accès géographique difficile ; il doit couvrir une population d'environ 700 pour les régions du Sud dans un rayon de 3 Kms autour du village site et

100 à 500 habitants pour les régions du Nord dans un rayon de 25 km pour les aires fonctionnelles et 60 km pour les aires non fonctionnelles appuyées par l'équipe mobile autour du site).

Cette entité géographique peut comprendre 1 à 3 villages/fractions d'intervention pour l'ASC. Le calendrier de prestations dans les villages/fractions satellites est fixé de façon consensuelle par l'ensemble des villages/fractions.

5.2.2 Identification et sélection du site de prestation de l'Agent de Santé Communautaire

5.2.2.1 Sélection du site de l'Agent de Santé Communautaire

La sélection du site consiste à déterminer le village/fraction qui servira de point de prestation pour l'ASC. Il est à noter que la sélection des sites potentiels de l'ASC se fera à partir de la carte sanitaire avec répartition géographique des villages/fractions et hameaux/campements par aire de santé avec les populations actualisées. Dans tous les cas, sur la base d'une approche communautaire le consensus doit être privilégié, les critères fondamentaux retenus sont que :

- i. la population totale du village/fraction site de l'ASC et des villages/fractions satellites doit avoisiner 700 hbts pour les régions du Sud et 100 à 500 hbts pour les régions du Nord) ;
- ii. le village/fraction site doit être le village/fraction le plus peuplé des sites potentiels ;
- iii. le village site doit être situé à une distance inférieure ou égale à 3 km des villages satellites pour les régions sud et 5 km pour les régions nord,
- iv. la distance du site doit être supérieure à 5 km du CSCOM et/ou d'accessibilité géographique difficile.

La sélection des sites se fait par l'équipe de coordination des SEC au niveau aire de santé. L'activité de sélection des sites est sous la responsabilité de l'ASACO avec l'appui-conseil de l'équipe socio-sanitaire du district. L'identification des sites de l'ASC doit se baser sur la carte de l'aire de santé (cartographie de l'aire de santé) afin d'élaborer les éléments de cartographie ci-après :

- ✓ La population totale de l'aire de santé ;
- ✓ Le nombre de villages/fractions dans l'Aire de santé ;
- ✓ Le nombre d'habitants par villages/fractions dans l'aire de santé ;
- ✓ Les formations sanitaires privées, publiques ou confessionnelles dans l'aire de santé ;
- ✓ La distance de chaque village/fraction par rapport au CSCOM et à toute autre formation sanitaire ;
- ✓ La distance entre les villages/fractions de l'aire de santé ;
- ✓ Les voies d'accès de chaque village/fraction ;
- ✓ La distance entre les aires non fonctionnelles et le CSRef ;
- ✓ La distance entre le site ASC et le CSCOM le plus proche ;
- ✓ La situation épidémiologique (taux de couverture des indicateurs clés).

NB: dans un même village/fraction, il peut y avoir à la fois un site ASC et une maternité rurale puis que le paquet d'activité pour chaque acteur est clairement défini.

Ces éléments réunis permettent d'avoir la situation concernant : i) les différents villages/fractions proposés pour abriter les sites, ii) les autres villages/fractions couverts par le site et la distance entre les villages/fractions, iii) la distance entre le site et le centre de santé, iv) la situation épidémiologique avec les différents seuils de couverture des indicateurs clés pour la mère, le nouveau-né et l'enfant.

La fiche ci- dessous récapitule les différents éléments issus du processus de sélection des villages/fractions éligibles pour abriter le site de l'ASC.

Sélection des sites de prestation de l'ASC : Fiche Récapitulative

Région de :

District Sanitaire de :

Aire de santé de :

Centre de santé communautaire de :

Population totale de l'aire de santé :

Villages /fractions de l'aire de santé	Population par village /fraction	Population située à moins de 5 Km du CS	Population située au-delà de 5 Km / ou avec (accessibilité géographique difficile)	Sites proposés	Population couverte par le site	Distance entre le site et le Centre de santé	Indicateurs clefs : mortalité et morbidité infantile (Palu Diarrhée, IRA Malnutrition)

Le choix de l'emplacement définitif des sites se fera avec la communauté. Cet exercice permettra aux membres de l'équipe socio-sanitaire de finaliser la cartographie de l'aire de santé, d'avoir une validation consensuelle avec l'équipe cadre du District.

La liste des sites potentiels étant connue, l'équipe de coordination de l'aire planifiera les visites de sensibilisation de la communauté.

Il s'agira de réaliser des approches communautaires, suivant différents schémas : i) programmées en deux ou trois passages ou, ii) en sensibilisant village par village à l'occasion des stratégies avancées ou autres activités préventives.

L'équipe de coordination de l'aire organisera des visites dans les villages retenus pour informer la population de la nouvelle approche et clarifier le choix des sites des villages.

Ces visites doivent être préparées, en tenant compte des réalités de chaque zone. La mobilisation de la communauté se fera en deux étapes : préparatifs des réunions communautaires et leurs tenues.

❖ Préparatifs des réunions communautaires

Il s'agira pour l'ASACO de préparer ces réunions communautaires mais aussi d'élaborer leur contenu avec les autres membres de l'équipe de coordination afin de mobiliser les ressources nécessaires.

Le contenu suivant doit être adopté pour faciliter la rencontre avec la communauté :

- **But de la réunion**

Obtenir l'adhésion et l'implication des différentes communautés ciblées dans la mise en place et le fonctionnement des sites de soins

- **Date et durée de la réunion :**

Il est préférable de convenir avec la communauté d'une date en fonction de sa disponibilité devant permettre au maximum de personnes-clés d'y participer.

Il est souhaitable que la réunion ne dure pas très longtemps, néanmoins il faut prendre le temps de répondre aux questions et préoccupations des communautés.

- **Cibles de la réunion**

Les participants à cette réunion seront les Chefs de villages/fractions et les conseillers, les religieux, les associations/ groupements féminins, les relais existants dans les villages/fractions, les accoucheuses Traditionnelles recyclées et suivies, les groupes de soutien aux activités de nutrition, les thérapeutes traditionnels, les représentants des jeunes etc.

- **Lieu de la réunion :**

La réunion se tiendra dans la communauté et selon l'aval du Chef de village/fraction, dans un endroit accessible aux participants.

- **Plan de déroulement de la réunion:**

- Objectifs de la réunion
- Présentation de la stratégie SEC
- Justification des sites

- **Définition et objectifs du site des soins communautaires :** i) critères de sélection des sites, ii) conditions pour le succès du site (financement et pérennité), iii) Rôles de l'ASC entre les services de sante et la population, iv) rôles de la communauté dans le fonctionnement des sites, v) les prochaines étapes.

- ❖ **Tenues des réunions communautaires**

Ces réunions doivent se tenir dans chaque village qui fera l'objet de sélection pour abriter un site ASC.

Les membres de l'équipe de coordination s'organiseront en fonction des ressources disponibles pour animer les réunions communautaires. Chaque membre doit avoir la capacité d'expliquer les éléments clés qui concourent à la sélection des sites en mettant l'accent sur :

- l'inaccessibilité géographique des populations aux services de santé, critère majeur pour la mise en place d'un site de soins communautaires ;
- les cibles prioritaires qui sont les enfants de 0-5ans et les femmes enceintes pour l'urgence de leur PEC et spécifiquement tout âge pour les régions du Nord ;
- l'appartenance du site à la communauté ;

- les rôles de l'ASC et du relais ;
- la supervision par le DTC et la coordination de toutes les activités de l'aire de santé par l'équipe de coordination des SEC au niveau CSCOM.
-

Cette approche doit être programmée dans les plans opérationnels des CSCOM et districts.

5.2.2.2 Profil et critères de choix des ASC

Le profil indiqué pour animer les sites ASC est d'avoir **au moins le niveau 9^{ème} fondamental et être détenteur d'au moins un certificat / attestation d'aide soignant ou de matrone.**

Dans les régions Nord le profil exigé pour animer les sites communautaires est d'avoir au moins le niveau DEF et être détenteur d'un certificat / attestation d'aide-soignant ou de matrone ou d'un diplôme de technicien de santé.

Le choix des ASC se fait suivant les critères suivants :

- ✓ Etre de nationalité Malienne ;
- ✓ Avoir au moins 18 ans ;
- ✓ Avoir au moins un certificat /attestation d'aide-soignant ou de matrone (ou d'infirmier de santé) ;
- ✓ Avoir une parfaite maîtrise d'une langue du milieu ;
- ✓ Etre disponible, actif et stable dans la zone d'intervention ;
- ✓ Accepter de travailler en milieu rural et y résider ;
- ✓ Une expérience en mobilisation sociale est souhaitable ;
- ✓ Savoir conduire un moyen de locomotion disponible et adapté serait un atout.

5.2.2.3 Mécanisme de sélection des ASC

La sélection des ASC est faite en deux étapes au niveau du CSRéf : i) l'élaboration et le lancement d'un avis de recrutement, ii) recrutement.

5.2.2.3.1 Elaboration et le lancement d'un avis de recrutement

L'équipe de coordination du CSCOM (ASACO et équipe technique) en collaboration avec l'équipe cadre du District organise le recrutement des ASC.

Les dossiers sont déposés auprès du Médecin Chef du district dans un délai de deux semaines après lancement de l'avis. Le contenu du dossier est le suivant :

- ✓ une demande manuscrite et timbrée adressée au médecin chef du district sanitaire ;
- ✓ une copie d'extrait d'acte de naissance ;
- ✓ une copie du certificat /attestation d'aide-soignant ou de matrone ou autres diplômes éligibles ;
- ✓ un certificat de visite et de contre visite ;
- ✓ un curriculum vitae ;
- ✓ un certificat de nationalité.

5.2.2.3.2 Recrutement des ASC

Le recrutement est organisé par l'équipe de coordination du CSCOM (ASACO et équipe technique) en collaboration avec l'équipe cadre du District.

Le recrutement comporte deux phases : le test écrit sur le paquet SEC retenu et une interview avec les candidats retenus pour tester leurs capacités en communication. La moyenne minimale requise pour l'admission doit être de 10 sur 20 points.

5.2.2.3.3 Installation des ASC

L'installation des ASC dans les sites se fait après une formation initiale de 21 jours. L'ASC sera confirmé après une période d'essai de trois mois.

Il peut être relevé de ses fonctions en cas d'inaptitude à mener les activités même après la période d'essai. La preuve technique de son inaptitude sera établie par le CSCOM et confirmée par le CSRéf.

Les membres de l'équipe de coordination des SEC au niveau aire organisent des réunions communautaires d'introduction dans chaque site/village/ fraction pour informer la communauté (leaders communautaires, Chefs de village/fraction, relais communautaires, associations /groupements féminins et les groupes de soutien aux activités de nutrition) de la mise en place des ASC.

Cette introduction se passe d'abord dans le CSCOM et ensuite dans les villages/fractions couverts par l'ASC.

6 Renforcement des capacités des acteurs : Formations

6.1. Acteurs par niveau de formation

Les sessions de formation des formateurs se font en cascade avec l'implication du niveau national dans toutes les étapes. Elles aboutissent à la mise en place par niveau d'un pool de formateurs chargé de conduire la mise en œuvre.

Les termes de références sont élaborés par niveau et prendront en compte les aspects suivants :

- ✓ Profil des formateurs ;
- ✓ Profil des participants ;
- ✓ Lieu de la formation ;
- ✓ Durée de formation par niveau ;
- ✓ Nombre de Participants par niveau ;
- ✓ Méthodologie à utiliser ;
- ✓ Imputation budgétaire.

Le niveau national après le transfert au niveau régional, accompagne les différents pools lors des sessions de formation et du suivi post-formation, en vue du renforcement de leurs capacités. Ce renforcement se fera en cascade et impliquera les niveaux suivants :

6.1.1. Niveau National :

Au niveau national, le pool de formateurs procèdera à une phase préparatoire de la formation des formateurs des régions en faisant une mise à niveau des formateurs nationaux sur les différents modules et protocoles élaborés pour les besoins des SEC.

6.1.2. Niveau Régional :

Le pool de formateur national aura la tâche de former les formateurs du niveau régional sur les composantes des SEC. L'équipe régionale sera composée, des points focaux de la région et de ceux des districts sanitaires ayant en charge la gestion des interventions retenues.

6.1.3. Niveau District Sanitaire :

Le pool de formateurs régionaux assurera la formation des équipes des districts sanitaires composées de : l'équipe cadre du district et le Directeur Technique de Centre (DTC). La formation des gérants de Dépôt de Vente (DV) doit se faire par rapport à la gestion des médicaments et au recouvrement de coûts des sites ASC. Les autres membres de l'équipe socio-sanitaire, le personnel du CSCOM et du CCDSES seront formés sur la démarche à suivre et l'organisation des sessions de formation à l'aide des outils et modules des SEC élaborés à cet effet.

L'équipe de district aura la responsabilité de coordonner toutes les étapes de la formation dans les aires de santé.

6.1.4. Niveau Aire de Santé :

La formation des ASC sera assurée par le pool de formateurs du district composé du personnel technique du CSCOM, du CCDSES et de celui du district. Les supports et outils de formation élaborés seront utilisés. Les sessions de formation seront supervisées par l'équipe régionale pour s'assurer de la qualité de la formation.

L'orientation des relais communautaires, sera assurée par l'équipe de l'aire de santé selon les directives nationales en vigueur de même que la formation des groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN).

Une orientation de trois jours sera organisée au niveau du site du CSCOM par l'équipe cadre du district sanitaire à l'intention des membres du comité de gestion du CSCOM, des délégués d'ASACO par village/fraction et des élus communaux afin de les préparer à remplir leur fonction dans la mise en œuvre des SEC dans les aires de santé.

Le but de cette orientation est d'amener les acteurs à mieux s'approprier de leurs rôles et contribuer à l'adhésion de la population à l'approche de soins essentiels dans la communauté.

Toutefois, il est à noter que cette orientation peut se poursuivre lors des stratégies avancées ou toute autre activité communautaire pour une mise à jour des acteurs.

Quelque soit le niveau les thèmes suivants feront l'objet de commentaires pour une meilleure compréhension des acteurs :

- ✓ définition des ASC, relais et groupe de soutien ;
- ✓ paquet retenu par le pays pour les SEC : palu, diarrhée, IRA, ANJE, malnutrition, PF, Eau hygiène et assainissement, soins simples au nouveau-né, soins mère enfant Kangourou, activités de promotion, de prévention;
- ✓ intrants à donner aux ASC et aux relais ;
- ✓ définition du site des soins communautaires ;
- ✓ objectifs du site des soins communautaires ;
- ✓ sites à choisir dans l'aire de santé ;
- ✓ rôles des acteurs dans la mise en place des sites communautaires ;
- ✓ aspects de pérennité des actions.

6.2. Déroulement des formations

La formation des formateurs se fera en cascade avec l'implication des différents niveaux. Les termes de références seront élaborés par niveau conformément au tableau IV ci-dessous.

Des pools de formateurs seront mis en place dans chaque région afin de faciliter la mise en œuvre.

Tableau III : récapitulatif des éléments clés pour la réalisation des formations par niveau

Profil des participants	Nbre de participants / session	Durée de la formation	Lieu	Outils à utiliser	Responsables	Méthodologie à utiliser	Observations
Niveau National							
Equipe technique du Groupe Ad'hoc (GA)	15	4 jours	Bamako	Guides / manuels de formation Guide de mise en œuvre des SEC	DNS	Présentations Lecture dirigée TG / plénières Etude de cas / Exercice Jeu de rôles Visite de terrain Commentaires Discussions	Spécifier la composition de l'équipe technique conformément au paquet SEC retenu ;
Niveau Régional							
Equipe régionale (points focaux) et Equipe district	25	5 jours	Chef-lieu de Région	Guides / manuels de formation Guide de mise en œuvre des SEC	DRS	Présentations Lecture dirigée TG / plénières Etude de cas / Exercice Jeu de rôles Visite de terrain Commentaires Discussions	Des sessions seront organisées par région pour former les équipes
Niveau district							
Equipe de District/ CScCom/ CCDSSES	25	5 jours	Chef-lieu de district	Guides / manuels de formation Guide de mise en œuvre des SEC	Médecin Chef	Présentations Etude de cas TG/ plénières Jeu de rôles Visite de terrain Brainstorming Commentaires/ Discussions	Des sessions seront organisées par district pour former les équipes

Profil des participants	Nbre de participants / session	Durée de la formation	Lieu	Outils à utiliser	Responsables	Méthodologie à utiliser	Observations
Niveau CSCom / CCDSES							
ASC	25	21 jours	Chef-lieu de l'aire de santé	Guides / manuels de formation	Médecin chef du district	Présentations Etude de cas TG/ plénières Visite de terrain Brainstorming Commentaires/ Discussions Démonstrations nutritionnelles	Harmoniser la durée des différentes sessions de formation par niveau
Relais CCSC	25	8 jours	Chef-lieu de l'aire de santé	Guides / manuels de formation	Equipe du CSCOM	Présentations Exercices Jeux de rôle TG/ plénières Visite de terrain Brainstorming Commentaires/ Discussions Démonstrations nutritionnelles	
Groupes de soutien Aux activités de Nutrition (GSAN)	25	3 jours	Chef-lieu d'aire de santé	Guides / manuels de formation	Equipe du CSCom	Présentations Exercices Jeux de rôle TG/ plénières Visite de terrain Brainstorming Commentaires/ Discussions Démonstrations nutritionnelles	

7 Pharmacovigilance

La pharmacovigilance est la science et les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables et de tout autre problème lié à l'utilisation du médicament.

Elle a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments à usage humain. Pour chaque produit utilisé au niveau communautaire une fiche individuelle de pharmacovigilance doit être élaborée et permettra de suivre et de gérer les effets secondaires des produits (voir annexe III)

8 Suivi /Supervision et Evaluation

Ils porteront sur : i) le suivi post formation ; ii) la supervision ; iii) le monitoring des activités ; iv) la pharmacovigilance ; v) le suivi de la fonctionnalité des ASC (fourniture de rapports mensuels et présence de l'ASC sur le site) ; vi) le suivi de la gestion des intrants (conditions de conservation et disponibilité) ; vii) le suivi de la fonctionnalité des organes de coordination (tenue régulière des réunions documentées).

8.1. Suivi-post formation et supervision des sites SEC

La responsabilité de la supervision d'un site incombe d'abord à l'équipe technique du CSCOM, particulièrement au Directeur Technique du Centre (DTC). Les autres niveaux : district, régional et central ont la responsabilité de l'accompagnement technique des équipes du CSCOM en matière de renforcement des capacités en supervision des sites SEC.

Les activités des sites de soins communautaires doivent s'intégrer à celles de l'aire de santé. Il est utile de faire ressortir la contribution des sites SEC dans les indicateurs clés de l'aire de santé et du district pour mieux appréhender les difficultés de leur mise en œuvre et de proposer des solutions appropriées.

Les supervisions des relais et des Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) sont faites par les ASC de façon hebdomadaire et celles des sites ASC de façon conjointe et mensuelle par les DTC et le délégué ASACO. Elles sont trimestrielles pour le niveau district et semestrielles pour le niveau régional et national.

Après 6 mois les supervisions trimestrielles intégrées du district et spécifiques Survie de l'Enfant vers les aires de santé, prennent le relais.

8.1.1. Objectifs de la supervision

8.1.1.1. Objectif général

Améliorer les capacités techniques et logistiques des ASC et relais en vue d'un fonctionnement optimal des sites.

8.1.1.2. Objectifs spécifiques:

S'enquérir de l'état de mise en œuvre des activités SEC au niveau district sanitaire :

- ✓ Renforcer l'implication de l'ASACO dans la mise en œuvre des activités de santé ;
- ✓ Renforcer le plaidoyer pour la fonctionnalité des Comités de Coordination SEC ;
- ✓ Renforcer les relations de travail entre les ASACO, les DTC, les ASC et les relais ;
- ✓ Evaluer l'ASC à la tâche ;
- ✓ Vérifier la disponibilité des produits, médicaments, intrants et supports de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ Vérifier la disponibilité des matériels et équipements ;
- ✓ Examiner les supports de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ Assurer la formation continue des ASC ;
- ✓ Vérifier la qualité des données collectées et rapportées ;
- ✓ Faire le point des difficultés liées à l'exécution des activités et proposer des solutions appropriées.

La supervision comporte les étapes suivantes : une phase préparatoire, une phase d'exécution et une phase de suivi.

8.1.2. Phase préparatoire

- Les visites de supervision doivent être programmées et connues du superviseur et du supervisé
- Des ressources humaines compétentes;
- Disponibilité des ressources logistiques et financières ;
- Documents politiques, normes, procédures, directives ;
- Plan de supervision bien préparé (TDR) assorti d'un calendrier de supervision (contexte et justification, objectifs, méthodologie, résultats attendus, lieu, date...) ;
- Outils de supervision avec des informations clés sur les différents programmes essentiels (guide de supervision du DTC vers l'ASC) ;
- Rassembler les modules, supports, matériels, intrants nécessaires pour le site ASC au besoin ;
- Examiner les rapports de la supervision précédente du site ASC (les recommandations) ;
- Connaître la description de poste et le PMA de l'ASC ;
- Consulter les données.

8.1.3. Phase d'exécution

De façon spécifique, les activités à mener lors de la supervision de l'ASC sont :

- ✓ Visite de courtoisie aux autorités locales ;
- ✓ Vérifier que l'ASC a bien examiné, classé et traité les enfants, a rempli correctement les fiches et autres documents, a fait les visites de suivi de cas traités à domicile, a reçu un feedback de la communauté sur ses performances ;
- ✓ Vérifier que l'ASC supervise correctement les relais communautaires chargés de la promotion des pratiques familiales essentielles et les GSAN ;
- ✓ S'assurer que l'ASC identifie et évacue tout cas de maladies graves vers le CSCOM
- ✓ S'assurer que l'ASC identifie et réfère les demandes de méthodes PF longue durée (Jadelle et DIU) ;
- ✓ S'assurer de la bonne organisation de la référence/évacuation du village vers le CSCOM ;
- ✓ S'assurer de la disponibilité des M.E.G, fiches de collecte et de rapportage des données et autres intrants ;
- ✓ S'assurer de la tenue correcte des supports de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ S'assurer de la mise en œuvre des stratégies de prise en charge / motivation des relais communautaires, ASC et GSAN ;
- ✓ S'assurer que l'ASC mène l'activité ANJE ;
- ✓ Vérifier que l'ASC collecte et analyse les données des supports primaires ;
- ✓ Vérifier la concordance, l'exactitude, la complétude, promptitude et l'archivage des données collectées et rapportées ;
- ✓ Vérifier que l'ASC recherche et notifie les maladies à déclaration obligatoire ;
- ✓ S'assurer de la disponibilité de matériels et équipements au niveau du site ASC ;
- ✓ S'assurer que l'ASC effectue régulièrement les visites à domicile (suivi NN et femmes post-partum et activités de sensibilisation et démonstrations nutritionnelles);
- ✓ Vérifier le local et l'environnement de travail de l'ASC (hygiène et salubrité, existence de latrine, eau, lumière, disposition du matériel, équipements et médicaments...) ;
- ✓ Vérifier l'existence d'un logement pour l'ASC ;
- ✓ Vérifier le niveau de collaboration de l'ASC avec la communauté ;
- ✓ Vérifier le niveau de collaboration de l'ASC avec les autres acteurs (ATR, relais, tradithérapeutes, GSAN...) ;
- ✓ Interviewer les mères qui ont fait soigner les enfants au site ASC afin de s'assurer que : l'ASC a bien conseillé la mère par rapport à la dispensation des médicaments, la mère reconnaît les signes de danger et adopte les bonnes pratiques en faveur de la santé de l'enfant et apprécie son état de satisfaction par rapport à la prestation ;
- ✓ Analyser les données.

A la fin de la supervision l'équipe de supervision remplit le cahier de supervision, fait le compte rendu aux délégués de l'ASACO et ensemble ils informent le conseil de village, les associations et organisations villageoises impliquées dans la gestion du site. L'équipe fait aussi le compte rendu à l'ASACO dans le chef-lieu du CSCOM et élabore le plan de résolution des problèmes.

8.1.4. Phase de suivi

- ✓ Elaborer et diffuser le rapport de supervision ;
- ✓ Faire la rétro information ;
- ✓ Suivre le plan de résolution des problèmes.

8.2. Renforcement des capacités de l'ECD et de l'équipe du CSCOM pour la supervision des sites ASC

Le focus sera mis sur le renforcement des capacités des ESS, des DTC et CCDSES dans la supervision des sites. Pour ce faire, les suivis post-formation constituent un cadre efficace pour l'entraînement de ces équipes dans la supervision des sites ASC.

En outre, lors des supervisions périodiques que le niveau intermédiaire et central effectuent dans les districts sanitaires, au moins un membre de l'ESS et le DTC doivent les accompagner pour l'acquisition de bonnes capacités en supervision ; ils s'assureront aussi que les ESS encadrent suffisamment les agents des CSCOM /CCDSES pour mieux accomplir leurs tâches vis à vis des sites.

8.3. Outils et supports de supervision

Comme indiqué plus haut, durant avant toute supervision, le superviseur devra revoir :

- ✓ Les derniers rapports afin de déterminer les points sur lesquels il doit s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations et recommandations ;
- ✓ la fiche de suivi individuel intégré du relais ;
- ✓ les résultats de dépouillements des fiches de prise en charge pour identifier les points faibles ;
- ✓ Les outils que le superviseur devra apprêter pour la supervision du site sont :
 - Le cahier de supervision (contenant le rapport de la supervision précédente) ;
 - la fiche de suivi individuel intégré de l'ASC (contenant les informations successives) ;
 - La fiche de dépouillements des fiches de prise en charge (contenant les résultats antérieurs) ;
 - la fiche de supervision sur les médicaments essentiels ;
 - La fiche de collecte pour les données du rapport mensuel de site ;
 - Les résultats du dernier monitoring (communautaire ou PMA de l'aire de santé ou du site).

A la fin de chaque supervision au site (tout comme au centre de santé et au bureau central), le superviseur fera des annotations dans le cahier de supervision du site et dans son propre cahier.

8.4. Utilisation des données

Les données provenant des différents rapports, des supervisions et suivis post-formation permettront de documenter la stratégie et de proposer des actions adéquates pour le renforcement de la qualité des interventions retenues.

Les données seront utilisées dans le système local d'information sanitaire. Cette intégration permettra une uniformisation et facilitera la gestion des données.

8.4.1. Transmission de l'information, Analyse et exploitation des données au niveau district et CSCOM

Chaque centre de santé fera sa propre synthèse mensuelle. Certains indicateurs seront présentés sous forme de graphiques mis à jour à la fin de chaque mois avec des données mensuelles. Un feedback sera fait à l'ASC et à l'ASACO.

8.4.2. Revue SEC

Elle sera organisée une fois par an après le démarrage de la stratégie et cela avant toute extension.

9 Gestion et fonctionnement des sites, mécanisme de pérennité

La gestion d'un site est l'ensemble des procédures mises en place pour préserver, rentabiliser ou conserver les ressources humaines, financières, matérielles et logistiques y compris les médicaments et les intrants disponibles dans le site conformément aux dispositifs en vigueur dans le CSCOM.

9.1. Gestion des intrants et équipements

9.1.1. Approvisionnement et réapprovisionnement en intrants et médicaments

Les ASC/ relais reçoivent une dotation initiale de l'ASACO après la formation. L'ASACO est appuyée par le Ministère de la santé et ses Partenaires. L'approvisionnement du site se fait selon le schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels (SDAME).

L'ASC vent les produits selon les dispositions en vigueur, les tarifs pratiqués ne doivent aucunement dépasser ceux du CSCOM. Les produits couverts par la gratuité (CTA, TDR, ...) sont donnés gratuitement aux bénéficiaires.

La vente des médicaments permet à l'ASACO de renouveler le stock et d'assurer le fonctionnement des sites.

La tarification des actes est fixée par l'ASACO avec l'appui du District et ne doit pas dépasser celui du CSCOM en aucun cas. Il ne faut pas rendre gratuite la consultation au niveau des sites ASC pour raison de pérennisation du système.

Concernant le relais, le recouvrement se fait avec une marge bénéficiaire appliquée selon les procédures existantes ; ces dispositions ne concernent que les produits contraceptifs.

Liste standard des intrants et équipements pour le Relais :

- ✓ Kit de communication : Boîte à images et dépliants pour les ménages, matériels de démonstration ;
- ✓ Badge ;
- ✓ Moyen de locomotion adapté ;
- ✓ Cahier de collecte des données ;
- ✓ Crayons et bics ;
- ✓ Savon et kit de lavage des mains ;
- ✓ Kit pharmaceutique (caisses en bois, sacoches, produits et supports) ;
- ✓ Matériels de dépistage de la malnutrition ;
- ✓ Produits pour distribution lors des campagnes masses ;
- ✓ Kit de contrôle de la qualité du sel iodé ;
- ✓ Kit de contrôle du chlore résiduel (dans les districts à risque) ;
- ✓ Contraceptifs (DBC) : condom, collier, pilules, spermicides ;
- ✓ Produits de traitement de l'eau (Aquatabs) ;
- ✓ Supports imprégnés d'insecticide tels que les MILDA ;
- ✓ SRO, Zinc ;
- ✓ Autres matériels : lampe torche, imperméable, bottes etc.

Liste standard des intrants et équipement pour l'ASC :

- ✓ Kit de communication : Boîte à images, dépliants pour les ménages, matériels de démonstration ;
- ✓ Badge ;
- ✓ Moyen de locomotion adapté ;
- ✓ Support de collecte et de rapportage des données ;
- ✓ Crayons et bics ;
- ✓ Guide de supervision relais ;
- ✓ Cahier de supervision de l'ASC ;
- ✓ Matériels pour PEC des IRA, de la malnutrition, soins post natus, paludisme ;
- ✓ Caisse en bois /armoire de produits pharmaceutiques ;
- ✓ Produits de distribution lors des campagnes masses ;
- ✓ Produits pour la PEC à base communautaire tels que ;
 - CTA et TDR (enfants de moins de 5 ans) ;
 - Cotrimoxazole/amoxicilline (enfants de moins de 5 ans) SRO, Zinc ;
 - Intrant de Prise en charge de la malnutrition ;
 - Autres médicaments : paracétamol sirop, balembo sirop ;
- ✓ Autres matériels : lampe torche, imperméable, bottes etc.

9.1.2. Dotation en équipement, entretien et renouvellement

La dotation en équipement se fait par l'ASACO appuyée par le Ministère de la santé et ses partenaires. L'ASC est responsable de la bonne tenue et de l'entretien des équipements. Cependant, l'ASACO interviendra en cas de réparation ou de renouvellement.

9.2. Gestion des ressources humaines

La pérennité de la stratégie SEC nécessite la responsabilisation de l'ASACO et des collectivités avec l'implication de tous les autres acteurs (personnel de santé, les partenaires y compris les ONG...) et l'appropriation de la stratégie par les communautés et par tous les intervenants à tous les niveaux.

Choix des relais : le relais communautaire est un volontaire choisi au niveau de la communauté et par la communauté. Le critère essentiel est la disponibilité et l'engagement. Il relève de l'ASACO et rend compte techniquement au DTC du CSCOM.

Choix des ASC : C'est un volontaire choisi au niveau de la communauté. Les critères essentiels sont la disponibilité, l'engagement et un niveau d'instruction d'au moins la 9^{ème} année fondamentale sanctionné d'une attestation d'aide –soignant ou de matrone. Il est choisi par l'ASACO avec l'appui du DTC et du médecin chef du CSREF. Il relève techniquement du DTC.

9.2.1. Mécanismes de motivation du relais

Il existe plusieurs mécanismes de motivation qui seront déterminés de façon participative en fonction des contextes socioculturels et des disponibilités :

- Motivation en nature : produits des récoltes, champs collectifs etc. ;
- Paiement des indemnités (au moment des formations, campagnes de masse, réunions périodiques) ;
- Consultations gratuites pour le relais et ayants droits au CSCOM ;
- Signes de reconnaissance (badges, brassards, tee-shirt, tenues...) ;
- Moyens logistiques ;
- Organisation de journées annuelles des relais ;
- Visites d'échanges ;
- Remise de diplôme, de kits et lancement officiel après la formation ;
- Ristourne sur les produits vendus ;
- Suivi/Supervision formative.

9.2.2. Mécanisme de motivation de l'ASC

La prise en charge de l'ASC pourra se faire sous forme de :

- Motivation en nature (produits issus du domaine agro pastoral, prestation de service pour travaux champêtres etc.) ;
- Indemnités (payées au moment des formations, campagnes, réunions) ;
- Consultations gratuites pour l'ASC et ayants droits au CSCOM ;
- Moyen logistique ;
- Organisation d'un forum annuel de la santé communautaire au niveau district ;
- Primes de performance ;
- Formations / recyclages ;
- Suivi-supervision formative.

En plus des mécanismes ci-dessus énumérés, **l'ASC mensuellement une indemnité supérieur ou égal au Salaire Minimum Interprofessionnel Garantit (SMIG).**

Les **sources de financement sont multiples.** Il peut s'agir entre autres du recouvrement des coûts des produits conformément aux tarifs du CSCOM, mais également des subventions des partenaires. Elles seront déterminées de façon participative en fonction des zones lors de l'élaboration des plans de mise en œuvre. La rémunération de l'ASC est fonction du type de contrat. L'ASACO peut le payer par le recouvrement de coûts, par les subventions issues des collectivités ou à travers un partenaire.

9.2.3. Place des relais et ASC dans le système de Santé

Le relais tout comme l'ASC fait parti du système de santé communautaire selon le niveau de palier du plateau technique du système. Le relais **relève administrativement de l'ASACO , Techniquement il est sous la supervision de l'ASC et du DTC.** Le relais est lié à la communauté par un contrat de performance au niveau village/fraction, contrat basé sur les objectifs de service.

9.2.3.1. Place et responsabilité du relais

Le relais doit travailler avec les acteurs à différents niveaux :

- ***Au niveau de ménage***

Le relais offre le paquet de services de santé à base communautaire aux ménages (*mères, pères, « musokoroba*") aux associations/groupements de femmes et de jeunes qui à leur tour appliquent et suivent ses conseils et les informe sur les différents problèmes de santé.

- ***Au niveau de la communauté et du CSCOM***

Le relais sert de lien entre la communauté et l'ASACO/CSCOM. Le relais doit à son tour rendre compte fréquemment des activités qu'il a eu à mener aux partenaires secondaires.

9.2.3.2. Place de l'ASC

L'ASC fait partie intégrante du système de santé. Il dépend administrativement de l'ASACO et techniquement du DTC et du médecin chef du district.

L'ASC aura un contrat de travail avec l'ASACO. Le contrat sera basé sur les performances.

9.2.4. Le mécanisme de pérennisation des SEC

Les mesures à envisager sont entre autres :

- ✓ Rendre opérationnelle l'équipe cadre du district avec des réunions mensuelles et des supervisions trimestrielles (prenant en compte les activités du CSCOM, des ASC/Relais et de l'ASACO);
- ✓ Renforcer la capacité de gestion et de mobilisation sociale des ASACO (Formation, supervision, plaidoyer) ;
- ✓ Appuyer et rendre fonctionnel les dispositifs de coordination de la stratégie SEC au niveau aire de santé.
- ✓ Motiver financièrement l'ASC en fonction de sa performance mensuelle (nombre d'activité de PEC, de CCSC etc.)
- ✓ Améliorer le système d'approche communautaire dans les aires concernées pour une meilleure appropriation des communautés (une fois par an par le comité de coordination de la stratégie);
- ✓ Accroître le budget alloué à la santé à 15% conformément à l'engagement d'Abuja ;
- ✓ Renforcer la capacité des Collectivités Territoriales en matière de mobilisation de ressources notamment au profit des SEC ;
- ✓ Créer un fonds d'appui à la stratégie SEC par la mobilisation des ressources internes ;
- ✓ Harmoniser et coordonner l'intervention des PTF dans la mise en œuvre des SEC ;
- ✓ Eviter la gratuité pour un meilleur recouvrement des coûts au niveau des sites ;
- ✓ Améliorer le plateau technique des sites pour une meilleure fréquentation.

Annexe I

1. Rôle de l'ASC :

- C4DCauserie en groupe, animation de séance sur des sujets et thèmes d'actualité ;
- Communication interpersonnelle, fournir l'information aux patients ou accompagnants sur leur situation, notamment les mesures de prévention, les signes de danger à observer et les respects des posologies des produits prescrits.
- Traitement de masse :
 - o Appui aux différentes campagnes comme JNV, SIAN, distribution de médicaments MTN, CPS, etc.
- Appui à la stratégie avancée et mobile :
 - o Information des populations sur les séances ;
 - o Organisation des séances ;
 - o Recherche active des retardataires et manquants aux appels.
- Surveillance épidémiologique :
 - o Détection des cas suspects de maladies à potentiel épidémique ;
 - o Transmission des informations sur ces cas ;
 - o Suivi des cas après prise en charge.
- Rapportage :
 - o Enregistrement régulier et complet des données ;
 - o Elaboration des rapports mensuels pour le CSCOM.
- Prise en charge des maladies :
 - o Paludisme suivant le manuel et les fiches techniques ;
 - o IRA suivant le manuel et les fiches techniques ;
 - o Diarrhée suivant le manuel et les fiches techniques ;
 - o Malnutrition suivant le manuel et les fiches techniques ;
 - o Soins essentiels au nouveau-né suivant le manuel et les fiches techniques.
- Activités de planification familiale :
 - o Conseils ;
 - o Démonstrations ;
 - o Sensibilisation dans les ménages auprès des FAR et des hommes ;
 - o Présentation des méthodes non prescriptibles disponibles ;
 - o Aide au choix des méthodes ;
 - o Suivi des acceptantes ;
 - o Référence pour celles qui optent pour une méthode non disponible.

2. Relations avec le CSCOM et le CCDSSES

- Est formé et / ou recyclé par l'équipe technique du CSCOM et du CCDSSES (appuyé par l'équipe socio-sanitaire)
 - L'ASC est formé au départ par l'équipe technique du CSCOM et du CCDSSES appuyé par l'équipe socio-sanitaire Le recyclage se fait chaque année.
- Est supervisé par l'équipe technique du CSCOM et du CCDSSES (en collaboration avec l'ASACO) :
 - L'ASC est supervisé une fois par mois les six premiers mois suivant le démarrage de son travail puis tous les trois mois.
- Reçoit les directives et orientations de l'équipe technique du CSCOM et du CCDSSES :
 - Les directives techniques sont fournies par l'équipe technique du CSCOM ainsi que les orientations par rapport aux priorités.

3. Relations avec l'équipe socio sanitaire du district :

- Pour les aires non fonctionnelles les ASC relèvent du CSRef ;
- L'Approvisionnement des aires non fonctionnelles est assuré par le CSRef.

4. Relations avec l'ASACO :

- Est recruté par l'ASACO (en collaboration avec l'équipe technique du CSCOM et du CCDSSES) :
 - Le recrutement de l'ASC est fait par l'ASACO en collaboration avec les autorités villageoises et la Mairie, sur la base des critères donnés par l'équipe technique du CSCOM.
- Est équipé par l'ASACO :
 - L'ASC reçoit son équipement de l'ASACO sur la base de la liste retenue.
- Reçoit ses intrants de l'ASACO :
 - L'ASC reçoit les intrants nécessaires à ses attributions de l'ASACO sur la base de la liste retenue.
- Rend compte de sa gestion à l'ASACO, notamment le versement des recettes :
 - Le recouvrement de coût et la vente des produits sont réalisés à l'image de ce qui a cours au CSCOM ;
 - Les recettes issues de ce recouvrement de coût (activités et médicaments) sont versées à l'ASACO).

5. Relations avec le relais

- Supervise le relais :

- Le relais est supervisé après son entrée en fonction une fois par mois par l'ASC.
- Donne des directives au relais :
 - L'ASC donne au relais, les directives et orientations reçues du CSCOM.
- Appui le relais dans ses tâches de CCC :
 - L'ASC aide et appuie le relais dans ses activités de CCC.

ANNEXE II : Liste des indicateurs clefs

Indicateurs de processus

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
Proportion de sites couverts par des ASC dans les aires de santé	Nombre de sites des aires de santé couverts par les ASC	Nombre total de sites planifiés des aires de santé	Rapports de sélection des sites et de mise en place des ASC	trimestrielle
Proportion de sites couverts par des ASC qualifiés	Nombre de sites couverts par des ASC qualifiés	Nombre total de sites disposant d'ASC	Rapport de sélection des ASC des régions nord	Trimestrielle
Proportion de sites SEC sans rupture de stock en médicaments essentiels durant un trimestre	Nombre de site ayant connu une rupture de stock de médicaments essentiels durant le trimestre	Nombre total de site ASC	Fiche de stock de l'ASC, cahier de gestion des médicaments de l'ASC	Trimestrielle
Nombre moyen de jours de rupture des médicaments durant le dernier trimestre	Somme des jours de rupture pour chaque médicament	Nombre de médicament multiplié par le nombre de jour de la période considérée	Fiche de stock de l'ASC, cahier de gestion des médicaments de l'ASC	Trimestrielle
Pourcentage de site ASC satisfaisant les conditions acceptables de stockage	Nombre de site ASC satisfaisant au moins à 80% des conditions de stockage multiplié par cent	Nombre total de site ASC supervisé	Rapport de supervision du DTC	Mensuelle
Disponibilité de médicaments du paquet le jour de la visite de supervision	Nombre de médicaments du paquet disponible le jour de la visite multiplié par cent	Nombre total de médicament du paquet	Fiche de stock de l'ASC, cahier de gestion des médicaments de l'ASC	Jour de la visite de supervision

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
Proportion de causeries planifiées réalisées	Nombre de causeries réalisées	Nombre de causeries prévues	Cahier de CCSC	Jour de visite de supervision
Proportion de visites à domicile planifiées réalisées	Nombre de visites à domicile réalisées	Nombre de visites à domicile prévues	Cahier de CCSC	Jour de visite de supervision
Proportion GSAN qui a le cahier d'activités remplis lors de la supervision de l'ASC	Nombre de GSAN qui ont leurs cahiers remplis lors de la supervision de l'ASC	Nombre de GSAN formés	Cahier de formation, cahier de supervision	Jour de visite de supervision
Pourcentage de GSAN ayant tenu une séance une fois par mois en présences de l'ASC	Nombre de GSAN ayant tenu une séance en présence de l'ASC	Nombre de GSAN formés	Cahier de CCSC	Jour de visite de supervision
Proportion de rapports mensuel d'activité (RMA) transmis dans les délais/selon les normes	Nombre de rapports mensuel d'activité (RMA) transmis dans les délais/selon les normes	Nombre total de rapports mensuel d'activité (RMA) attendu	Cahier de transmission	Mensuelle
Proportion de rapports complètement remplis	Nombre de rapports complètement remplis	Nombre total de rapports attendus	Rapport de mensuel	Mensuelle
Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple traitée avec SRO et ZINC par les ASC.	Nombre d'enfant de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple traitée avec SRO et ZINC par les ASC.	Nombre total d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple traité avec CTA par les ASC.	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple traité avec CTA par les ASC.	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant une pneumonie traité avec amoxicilline par les ASC.	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une pneumonie traité avec amoxicilline par les ASC.	Nombre total d'enfants moins de 5 ans présentant une pneumonie	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë modérée prise en charge avec plumpy sup et farine	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë modérée prise en	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
enrichie par les ASC.	charge avec plumpy sup et farine enrichie par les ASC.	aiguë modérée		
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication prise en charge avec plumpy nut par les ASC.	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication prise en charge avec plumpy nut par les ASC.	Nombre total d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision
Proportion de cas présentant un signe de danger ou d'alerte référés par l'ASC	Nombre d'enfant présentant un signe de danger ou d'alerte référés par l'ASC	Nombre total d'enfant présentant un signe de danger ou d'alerte	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade	Jour de visite de supervision
Proportion d'enfants traités suivis par RDV fixe ou visite à domicile au moins une fois	Nombre d'enfants traités suivis par RDV fixe ou visite à domicile au moins une fois	Nombre total d'enfant traité	Registre, fiche individuelle de PEC de l'enfant malade, cahier de visite à domicile	Jour de visite de supervision
Proportion de ménage disposant d'un dispositif de lavage des mains	Nombre de ménages dispositif de lavage des mains	Nombre total ménage	Fiches de collecte	trimestriel
Proportion de ménage utilisant d'une latrine améliorée	Nombre de ménage utilisant de latrine améliorée	Nombre total de ménage	Fiche de collecte	trimestriel
Proportion de ménage utilisant un produit/ matériel de traitement de l'eau de boisson	Nombre de ménage utilisant un produit/ matériel de traitement de l'eau	Nombre total de ménage	Fiche de collecte	trimestriel
Proportion d'opérateur disposant de produits/matériel WASH	Nombre d'opérateur disposant de produits/matériel WASH	Nombre total d'opérateur	Fiche de collecte	trimestriel
Proportion de sites SEC avec rupture de stock d'aliments thérapeutiques pour la prise en charge de la MAM pendant un total de 7 jours par trimestre	Nombre de sites avec rupture de stock d'ATPE pour la prise en charge de la MAM pendant un total de 7 jours par trimestre	Nombre de total de sites prenant en charge la MAM durant le trimestre	Fiche de stock Inventaire physique	trimestriel
Proportion de sites SEC ne disposant pas de chronomètre fonctionnel	Nombre de site sans chronomètre fonctionnel	Nombre total de sites	observations	
Proportion de sites SEC ne disposant pas de	Nombre de site sans balance fonctionnelle	Nombre total de sites	observations	

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
balance fonctionnelle				
Proportion de sites SEC disposant d'outils de gestion	Nombre de sites disposant d'outils de gestion	Nombre total de sites	Exploitation	
Proportion de supervisions prévues réalisées selon les normes	Nombre de supervisions réalisées	Nombre de supervisions prévues	Rapport de supervision	
Nombre de leaders communautaires orientés	Nombre orienté		Rapport de compte rendu	
Proportion d'Equipes Cadres de Région ou de Districts planifiées orientés	Nombre formés	Nombre prévu	Rapport de formation	
Proportion d'ASC formés qui abandonne le travail	Nombre d'ASC en abandon	Nombre d'ASC formés	Rapport de formation	trimestriel
Proportion d'ASC formés qui utilisent/remplissent correctement la fiche de prise en charge	Nombre d'ASC formés qui utilisent/remplissent correctement la fiche de prise en charge	Nombre d'ASC formés	Observations et exploitation	
Proportion d'ASC formés qui savent compter correctement les mouvements respiratoires	Nombre d'ASC formés qui savent compter correctement les mouvements respiratoires	Nombre d'ASC formés	Observations	
Proportion d'ASC formés qui connaissent tous les signes de danger	Nombre d'ASC formés qui connaissent tous les signes de danger	Nombre d'ASC formés	Test de contrôle	
Proportion d'ASC formés qui connaissent la dose correcte d'antibiotique en fonction de l'âge ou du poids	Nombre d'ASC formés qui connaissent la dose correcte d'antibiotique en fonction de l'âge ou du poids	Nombre d'ASC formés	Test de contrôle	
Proportion d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de CTA en fonction de l'âge ou du poids	Nombre d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de CTA en fonction de l'âge ou du poids	Nombre d'ASC formés	Test de contrôle	
Proportion d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de zinc en fonction de l'âge ou du poids.	Nombre d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de zinc en fonction de l'âge ou du poids.	Nombre d'ASC formés	Test de contrôle	
Proportion d'ASC formés	Nombre d'ASC	Nombre d'ASC	Test de	

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
qui connaissent la dose correcte de SRO en fonction de l'âge ou du poids.	formés qui connaissent la dose correcte de SRO en fonction de l'âge ou du poids.	formés	contrôle	
Proportion d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de VIT A en fonction de l'âge ou du poids.	Nombre d'ASC formés qui connaissent la dose correcte de VIT A en fonction de l'âge ou du poids.	Nombre d'ASC formés	Test de contrôle	
Proportion de mères ou gardiennes qui connaissent au moins 2 signes de danger	Nombre de mères ou gardiennes qui connaissent au moins 2 signes de danger	Nombre de mères ou gardiennes sensibilisées	Entretien	
Indicateurs de résultats				
Couple année protection, facteurs de conversion de différentes méthodes	Nombre distribué par méthode et par an	Facteur de conversion	C120, S120, I4, Norplan3,5 DIU3,5 colier1	
Nombre de nouvelles utilisatrices de PF	Nombre de nouvelles consultantes	-		
Nombre de personnes touchées par les ASC lors des VAD et causeries éducatives	Nombre de personnes touchées	-	Cahier de VAD et de CCSC	trimestriel
Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple traitée selon les normes	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple traitée selon les normes	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant une diarrhée simple	Registre de consultation	exploitation
Nombre de CPN réalisées			Rapport mensuel de ASC	
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple traité selon les normes	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple traité selon les normes	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant un paludisme simple	Registre de consultation de l'ASC	
Proportion d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aigüe modérée prise en charge selon les normes	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition aigüe modérée prise en	Nombre d'enfants moins de 5 ans présentant une malnutrition	Registre de prise en charge de la malnutrition	

Indicateurs	Mode de calcul		Source de collecte	Fréquence de collecte
	Numérateur	Dénominateur		
	charge selon les normes	aigüe modérée		
Proportion de cas présentant un signe de danger ou d'alerte référés	Nombre de cas présentant un signe de danger ou d'alerte référés	Nombre total de cas présentant un signe de danger ou d'alerte	Registre de consultation ou de prise en charge	

Transmission de l'Information

- Nombre de rapports reçu sur le nombre attendu ;
- Proportion de rapports transmis dans les délais/selon les normes ;
- Proportion de rapports complètement remplis.

ANNEXE III : Fiche de pharmacovigilance

La fiche de Pharmacovigilance sera utilisée devant tout cas de suspicion d'effets indésirables liés à la prise d'un produit ou médicament du paquet SEC.

DECLARATION D'EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DU AU

Patient traité Nom _____ Prénom : _____ Sexe : ☐ F ☐ M Age Date de naissance / / District : _____ Poids Site ASC : _____ Population (s)	Nom et Prénom de l'Agent de Santé Communautaire Nom et Prénom du Directeur Technique du Centre (DTC)	Cachet du Médecin chef de District
Antécédents / Facteurs favorisants		

Médicaments

Nom de marque spécialité ou générique	Voie	Posologie	Début traitement	Fin traitement	Indication
1					
2					
3					

Effet / Action / Reaction... Localité / site de survenue _____ Date de survenue _____ Durée de l'effet / action / Réaction _____ Nature et description de l'effet / action / Réaction (Utiliser le tableau suivant)	Evolution : ☐ Guérison sans séquelle ☐ Avec séquelle ☐ Décès dû à l'effet ☐ Décès auquel l'effet a pu contribuer ☐ Décès sans rapport avec l'effet ☐ Inconnue ☐ Sujet non encore rétabli
---	---

Attitude adoptée :

Arrêt de traitement : oui ☐ non ☐ Changement de dose : oui ☐ non ☐

Traitement donné contre l'effet : oui ☐ non ☐ Préciser :

Référence : oui ☐ non ☐ Heure de référence :

Effet indésirable constaté	OUI	NON
1. Urticaire (enfant se gratte)		
2. Anorexie (enfant manque d'appétit)		
3. Nausée		
4. Vomissement		
5. Diarrhée		
6. Douleur abdominale		
7. Mal de tête		
8. Insomnie		
9. Vertige		
10. Nervosité		
11 Fièvre		
12 Somnolence		
13 Agitation		
14. Autres		

ASC (Nom &Prenom (s))

DTC (Nom &Prenom (s))

MCD (Nom &Prenom (s))

Date de signature

Date de signature

Date de signature

ANNEXE IV : Tableau récapitulatif des activités

2- Tableau récapitulatif des activités

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Conception des documents					
Développement du guide national de mise en œuvre des SEC	Groupe Ad hoc (GA)	DNS	Documents de référence/ assistance technique	Guide disponible Guide mise à jour Guide révisé selon les normes % de réunions tenues selon les normes	Tous les acteurs intervenants dans les SEC
Elaboration des outils des formations et de gestion	GA/ équipe technique +région	DNS	Modules et guides spécifiques/ assistance technique	Outils disponibles Outils mis à jour Outils révisés selon les normes % de réunions tenues selon les normes	Formateurs Prestataires
Elaboration des outils de Plaidoyer	GA/ équipe technique	DNS/CNIECS	Documents de référence /assistance technique	Outils disponibles Outils mis à jour Outils révisés selon les normes % de réunions tenues selon les normes	Autorités politico-administratives Religieuses et PTF
Mobilisation des ressources	GA/AMM/FENASCOM	AMM	Documents de référence / Plan d'actions	Financement mobilisé sur prévu	Autorités politico-administratives Religieuses et PTF
Elaboration des outils de CCSC	GA/ équipe technique	DNS/CNIECS	Documents de référence (Plan de communication sur les SEC)	Outils disponibles Outils mis à jour Outils révisés selon les normes % de réunions tenues selon les normes	Les agents et responsables communautaires

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Elaboration des outils de supervision prenant en comptes les SEC et activités des ASC /relais par niveau	DNS DRS, DRDSES, SDSES SLPFEF, DRPFEF CSRef Cscm	DNS, DRS, DRDSES MCD, SDSES DTC, ASC.	Guide de supervision par niveau	Outils existants révisés et harmonisés	Equipes de supervision par niveau
Données du SIS					
Révision et adaptation des supports SIS	DNS Partenaires	GA/ équipe technique	Documents de référence RMA RTA Registres Bases de données Electroniques	Supports disponibles Supports mis à jour supports révisés selon les normes % de réunions tenues selon les normes	ASC DTC Chargés SIS District, régional National
Analyse des données de processus (nombre de création de site et autres à définir), résultats	DNS DRS District Cscm	Tous les acteurs aux différents niveaux	Disponibilité des bases de données mises à jour par région et par District	% de la pop couverte, % d'agents et ASC formés par niveau, % d'enfants pris en charge	Communauté
Mettre en place un système permettant de collecter et de transmettre les données des ASC jusqu'au niveau national	DNS DRS District CSCOM Sites	Tous les acteurs aux différents niveaux	Supports existants Développer les supports transitoires Harmoniser les supports existants Système électronique de collecte et de remonté des données	Proportion des données complètes transmises à temps	ASC DTC Points Focaux Chargés SIS
Insérer dans les RTA des lignes pour les activités des ASC	DNS –UNITE	GA –équipe technique	Supports. Formulaires de données	Disponibilité de RTA harmonisé	DTC Chargé SIS
Communication					
Plaidoyer pour la mobilisation des ressources	DNS Société Civile DNDS DNPFEF	GA- équipe mobilisation des ressources & communication	Plan de plaidoyer pour la mobilisation de ressources	Disponibilités des outils de plaidoyer pour les ressources et la communication Nombre de plaidoyers réalisés/prévus	Etat Partenaires

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Plaidoyer pour l'adhésion de tous les acteurs	DNS, DNDS/ DNPSES Société Civile DNDS DNPFEF	GA- équipe mobilisation des ressources & communication	Outils de plaidoyer et approches communautaires	Disponibilité des outils Nombre de plaidoyers réalisés/prévus	Etat Partenaire Communauté
Approche communautaire	CSRef ASACO/ CSCOM SLDS-ES SLPFEF	GA- équipe mobilisation des ressources & communication	Directives ou guides Med-chef ; le District (Med-chef, dév. social, ASACO,DTC/) accompagne les aires pour un début puis l'équipe aire (*DTC / matrone/aide-soignant/gérant DV, *ASACO,*Mairie...) fera l'approche sous la supervision du District envisager les sorties lors des SA * contribution des collectivités et ASACO : carburant, Perdiem /nourriture * sorties des équipes mobiles dans les zones non couvertes par la SA	Disponibilité des directives ou guides révisés Nombre d'approches communautaire réalisé sur prévus	La communauté
Formation					
Orientation des acteurs du niveau central	DNS/DNDS	GA équipe technique	Document faisant état de l'avancement des SEC	Rapport de mise en œuvre des SEC Nombre d'acteurs du niveau central orientés /prévus	Ministère de la Santé (Cabinet élargi) / Développement social et PTF *il faut en plus des formateurs Mettre en place une équipe de coordination y compris le suivi (FELASCOM, Mairie, Conseil de gestion)

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Formation des formateurs par niveau	DNS, DNDS	GA –équipe technique	Modules harmonisées de formation	Disponibilité des modules de formations harmonisés Rapports de formations Nombre de formateurs formés /prévus	Formateurs des régions sur le terrain avec les ASC ; l'équipe de Bamako va dans les régions. tous les membres seront formés sur les mêmes modules
	DRS	Equipe régionale	Modules harmonisées de formation et guide	Disponibilité des modules de formations harmonisés Rapports de formations Nombre de formateurs formés /prévus	Formateurs seront constitués des régionaux + Districts
Formation des ASC	District/ CSCOM	Equipe de formateur du district	Modules harmonisées de formation et guide	Disponibilité des modules de formations harmonisés Rapports de formations Nombre d'ASC formés /prévus	ASC
Formation des relais	CSCOM CCDS-ES	Equipe de formateur du cscm	Modules harmonisées de formation et guide	Disponibilité des modules de formations harmonisés Rapports de formations Nombre relais formés /prévus	Relais,GSAN
Production des supports					
Multiplication des supports (collecte des données, boîte à image, manuel du participant et du facilitateur, guide...)	DNS/ CNI ECS/DAF-MS	DFM-MS PTF	Supports primaires (RMA, fiche de PEC individuelle, fiche inventaire, fiche de gestion financière, fiche de contrôle d'éligibilité PF, fiche de stock des médicaments et matériels , registres d'activités SEC, fiche de PFE etc.)	Nombre de supports disponibles /prévus	ASC/ Relais,GSAN
Mise en place des supports sur le terrain	DNS	DNS et DRS Partenaires	supports harmonisés	Nombre de structures ayant reçu les supports sur le terrain /nombre prévu	DTC ASC et Relais, GSAN

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Approvisionnement en intrants et équipements					
Commande des intrants (médicaments, minuteurs, bande de Shakir et autres consommables....)	DFM et PTF	DFM et PTF NB : dotation initiale DFM et PTF	Registres et bons de commandes	Disponibilité des supports, estimation des besoins en fonction de la CMM ; respect des normes du SDAD ME	DTC ASC et relais, GSAN
Mise en place des intrants et équipements	DNS	DNS et DRS PTF	supports harmonisés	Disponibilité des supports harmonisés produits et mis en place à tous les niveaux	DTC ASC et Relais,GSAN
Coordination					
Mise en place des groupes de coordination : niveau central	DNS	DNS NB : rencontre mensuelle / Trimestrielle	TDR pour les rencontres	Rapport de rencontres	Groupe Ad hoc
Mise en place des groupes de coordination : niveau régional	DRS , SDSSES, SLPFEF Assemblée Régional	Rencontre Trimestrielle (présentation /District sur les SEC	TDR Canevas de présentation	Rapport de rencontre	Trimestrielle : MCD, CSDSES, Collectivité, FELASCOM, FERASCOM, PTF& ONG, équipe régionale- santé, Dév. social
Mise en place des groupes de coordination : District	CSRéf, Conseil de Cercle	Rencontre mensuelle avec les DTC, DTC fait le point sur la mise en œuvre des SEC	TDR Canevas de présentation des rapports mensuels	Rapport de rencontre	MCD, CSDSES, Collectivité, FELASCOM, mensuelle : PTF& ONG, Comité de gestion, ECD FELASCOM, SDSSES, CPM,

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Mise en place des groupes de coordination : cscm	CSCOM, Mairie	Rencontre mensuelle avec le DTC : l'ASC fait le point de la mise en œuvre des SEC à l'équipe CSCOM	Rapports mensuels	Rapport corrigés et validés	Equipe technique CSCOM, ASC, Relais Comité de gestion de l'ASACO, Mairie, ONG
Suivi et évaluation					
Supervision : niveau national	DNS	DNS	Outil révisé en /harmonisé prenant en compte les SEC et activités des ASC& relais	Nombre de rapports fournis Nombre de supervision réalisés sur prévus	Groupe Adhoc
Supervision : niveau région	DRS	DRS	Au niveau : District- cscm – village ; à travers la supervision trimestrielle	Nombre de rapports fournis Nombre de supervision réalisés sur prévus	Equipe régionale
Supervision : niveau District	District	District	Supervision CSCOM -ASC & relais : 1x/ mois pendant les 6- 1 ^{er} mois puis 1 x par mois les autres périodes à travers les supervisions mensuelles /trimestrielles	Nombre de rapports fournis Nombre de supervision réalisés sur prévus	Equipe district
Supervision : niveau Cscm	Aire	Equipe CSCOM	Supervision des ASC et relais dans les villages : 1 fois par mois	Nombre de rapports fournis Nombre de supervision réalisés sur prévus	Equipe cscm
Equipement des ASC/relais	DNS, DRS, CSRef	ASACO	Kit ASC, Kit relais	Nombre d'ASC et relais équipés	ASC, Relais, GSAN
Suivi post formation des prestataires de service : supervision, suivi de mise à jour	DNS, DRS, CSRef, CSCOM, Site ASC	DNS, DRS, CSRef, CSCOM, Site ASC	Développer les outils de suivi supervision correspondant à chaque niveau	Nombre de suivi supervisions post formation Nombre de prestataires supervisés/nombre formés	Prestataires aux différents niveaux
Pharmacovigilance	DPM,CNAM	DNS	Outils de surveillance des effets non désirés	Nombre de cas notifiés	Communauté

Niveau central					
Composante / outils	Structure de mise en œuvre	Responsable	Outils/ besoin	Indicateurs/ produits	Cibles
Motivation des ASC /relais					
Rémunération et autres types de motivation	DNS, DRS, CSRef, Conseils Régional/cercles, mairie, CSCOM	DNS, DRS, MCD, Présidents CR,CC, ASACO, Maire, DTC, PTF	Etats de payement, PV de remise de don en nature	Nombre de mois honorés/ an Nombre de dons en nature reçus	ASC, relais, GSAN
Sites					
Sélection des sites	FELASCOM, ASACO	ASACO	Critères de sélections établis	Nombre de sites sélectionnés et rapports disponibles	communauté
Sélection des ASC	CSRef	MCD	Tests (écrit et oral) de sélections	Nombre d'ASC recrutés/nombre présélectionné	Communauté