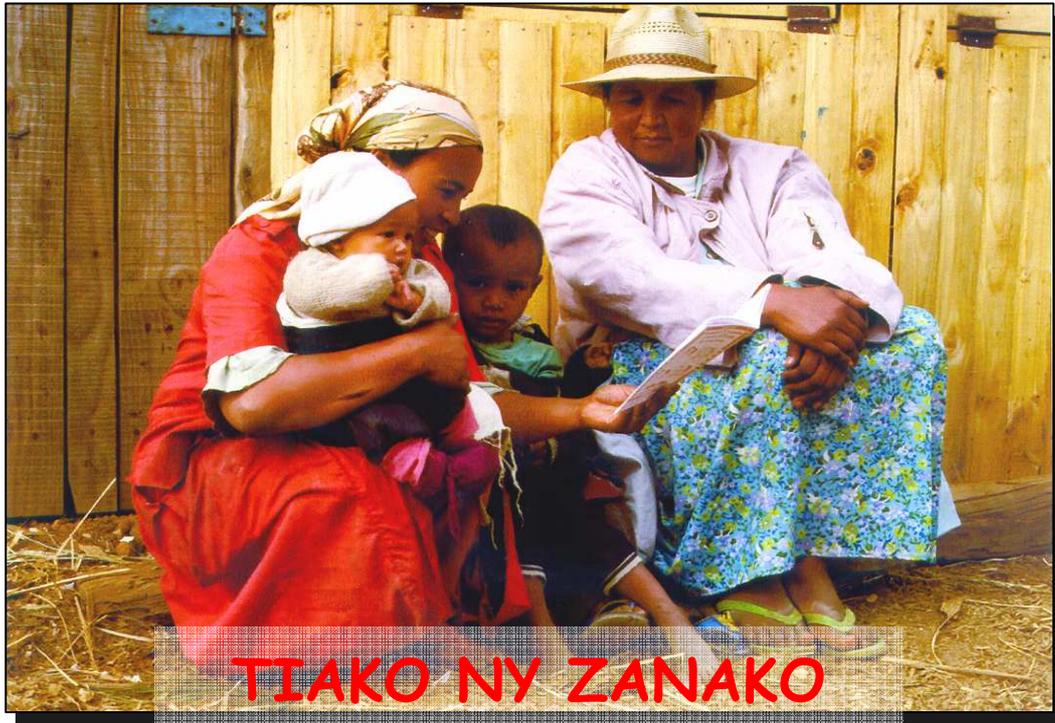




REOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU PLANNING FAMILIAL



TIAKO NY ZANAKO

GUIDE DE MISE EN ŒUVRE
POUR L'INTRODUCTION DE LA PRISE EN CHARGE
COMMUNAUTAIRE DES INFECTIONS
RESPIRATOIRES AIGUES,
DE LA DIARRHÉE ET DU PALUDISME CHEZ LES
ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
A MADAGASCAR



Organisation mondiale de la Santé



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Préface

La Déclaration du Millénaire, adoptée lors du Sommet du Millénaire de l'ONU en 2000, a mis en exergue les devoirs des dirigeants mondiaux à l'égard de tous les citoyens du monde, en particulier les personnes les plus vulnérables, et tout spécialement les enfants. Les huit Objectifs du Millénaire pour le développement ne constituent pas seulement des aspirations, mais surtout des moyens de garantir à tous leurs droits fondamentaux. Aussi, agir pour les atteindre représente-t-elle une obligation qui incombe à tous. Parmi ces objectifs, six seront en grande partie atteints si les priorités-clés d'*Un monde digne des enfants* sont effectivement réalisées.

Le développement durable impose une vision intégrée dans laquelle le développement économique n'est plus dissocié des aspects sociaux et environnementaux. « Si l'on n'investit pas dans le bien-être des enfants, qui est un indicateur du développement durable, l'on privera les communautés de leur ressource naturelle la plus précieuse », a rappelé Carol Bellamy, Directrice Générale de l'UNICEF lors du sommet mondial des enfants. Le Président de la République et le Gouvernement Malgache font de la santé maternelle et infantile un facteur primordial du développement économique et social du pays.

La « Politique Nationale de Santé de l'Enfant » qui s'intègre dans le programme global de développement économique et social recommande dans les principales stratégies de développer la capacité de la communauté de rester en bonne santé. Cette stratégie est désormais incontournable. Et c'est dans cette optique que le Gouvernement Malagasy par le biais du Ministère de la Santé et du Planning Familial a adopté de mettre en œuvre l'introduction du programme intitulé PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES DE LA DIARRHÉE ET DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS. Le présent document, guide de mise en œuvre va servir de cadre de référence pour tous les intervenants dans le domaine de l'amélioration de la survie de l'enfant.

Je souhaite que l'implication effective de la communauté dans la prise en charge de la santé de l'enfant aux seins de leurs localités respectives soit le garant de l'atteinte des objectifs du millénaire.

Qu'il me soit permis de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de la présente Politique Nationale.

Le Ministre de la Santé et du Planning Familial

Résumé Exécutif

Ayant souscrit à l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), Madagascar accorde une importance particulière à la santé de la mère et de l'enfant. Des efforts ont été déjà déployés, et des résultats tangibles ont commencé à être enregistrés en matière de santé de l'enfant : le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 159‰ à 94‰ entre 1997 et 2003, selon l'EDS III. Toutefois, beaucoup de défis restent à relever si l'on veut atteindre l'ODM 4 qui est de réduire de 2/3, le taux de mortalité infanto juvénile d'ici 2015. L'implication de la communauté dans des interventions prioritaires de survie de l'enfant est désormais incontournable, d'autant plus qu'environ la moitié de la population malgache n'a pas accès aux structures de santé existantes.

Le pays lance le défi d'associer des agents communautaires dans la prise en charge proprement dite des principales maladies touchant les enfants de moins de 5 ans.

L'accès aux soins de cette population cible, se trouvant éloignée des formations sanitaires, pourra s'accroître grâce à l'empowerment de ces agents communautaires dans la prise en charge des maladies de l'enfant dont le principal résultat attendu est d'assurer la prise en charge précoce.

Les agents communautaires participent activement en tant que mobilisateurs et sensibilisateurs dans les activités de santé. A partir de 2005, le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre les recommandations internationales engageant la communauté dans la prise en charge de la santé des enfants.

Un guide de mise en œuvre du programme « Introduction de la prise en charge des IRA, de la diarrhée et du paludisme au niveau communautaire » a été élaboré en 2006. Les activités ont pu être menées selon les instructions dudit guide.

Après une année de mise en œuvre, il s'avère nécessaire de réviser ce guide par rapport aux difficultés rencontrées sur terrain, aux leçons apprises, aux diverses contraintes ainsi qu'aux bonnes pratiques.

Ce guide mis à jour met en exergue l'enchaînement des étapes à suivre dans l'opérationnalisation du programme et spécifie :

- la place prépondérante du plaidoyer pour le soutien au programme
- les rôles et attributions des acteurs des structures sanitaires et administratives.
- la formation, les suivis formatifs et la supervision continue des agents communautaires
- la gestion simplifiée des informations (outils de collecte et de transmission des données)
- l'intérêt de la stratégie de communication recommandée pour l'appui au programme.
- l'importance de la tenue de revues périodiques du programme en vue d'évaluation et de documentation.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES.....	
I . INTRODUCTION.....	
II . CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	
III . LES ETAPES CLES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PHASE DE DEBUT.....	
III . 1 . L'IDENTIFICATION DES CSB DE RATTACHEMENT.....	
III . 1 . 1. Démarche.....	
III . 1 . 2. Critères de sélection.....	
III . 2 . L'IDENTIFICATION DES SITES COMMUNAUTAIRES.....	
III . 2 . 1. Démarche.....	
III . 2 . 2. Critères de sélection.....	
III . 3 . IDENTIFICATION ET SELECTION DES ACTEURS.....	
III . 3 . 1. IDENTIFICATION ET SELECTION DES AGENTS COMMUNAUTAIRES.....	
III . 3 . 1. 1. Les critères de choix.....	
III . 3 . 1. 2. Procédures de l'élection.....	
III . 3 . 2 . IDENTIFICATION DES AUTRES ACTEURS.....	
III . 4 . ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS.....	
III . 5 . FORMATION DES ACTEURS A CHAQUE NIVEAU.....	
III . 5 . 1. NIVEAU CENTRAL.....	
III . 5 . 1. 1 . Elaboration des documents.....	
III . 5 . 1. 2 . Formation des acteurs.....	
III . 5 . 1. 3 . Orientation des différents acteurs.....	
III . 5 . 2. NIVEAUX REGION ET DISTRICT.....	
III . 5 . 3. NIVEAU CENTRE DE SANTE.....	
III . 5 . 4. NIVEAU SITE COMMUNAUTAIRE.....	
III . 5 . 4. 1. Agents communautaires.....	
III . 5 . 4. 2. Les membres du COSAN, le Président du Fokontany.....	
III . 5 . 4. 3. Les animateurs communautaires.....	
III . 6 . APPUI AUX DIFFERENTS ACTEURS APRES LA FORMATION.....	
III . 6 . 1. SUPERVISION.....	
III . 6 . 1. 1. Méthodologie.....	
III . 6 . 1. 2. Les activités à mener lors de la supervision.....	
a- Au niveau des sites.....	
b- Au niveau des CSB.....	
c- Au niveau district et région.....	
III . 6 . 2. REUNIONS DE SUIVI TRIMESTRIEL.....	
IV . MISE EN PLACE DU MATERIEL – LOGISTIQUE.....	
IV . 1 . Logistique d'exploitation.....	

IV . 2 . Outils IEC.....	.....
IV . 3 . Outils de gestion simplifiés et en malagasy.....	.....
IV . 4 . Médicaments et autres.....	.....
V . MOBILISATION POUR LE SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE.....	.....
VI . DONNEES DE BASE, SYSTEME DE COLLECTE DE DONNEES.....	.....
VI . 1 . STRUCTURE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE.....	.....
VI . 2 . CIRCULATION DU RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITE (RMA).....	.....
VI . 3 . DONNEES ET LEURS SUPPORTS AU NIVEAU DES SITES COMMUNAUTAIRES	
VI . 4 . SUPPORTS ET DONNEES RECUEILLIES PAR LES FORMATEURS	
SUR LES ACTIVITES DU SITE.....	.....
VI . 5 . LES INDICATEURS.....	.....
VI . 5 . 1. Indicateurs des résultats.....	.....
VI . 5 . 2. Indicateurs de Formation / Orientation.....	.....
VI . 5 . 3. Indicateurs de l'appui après formation.....	.....
VI . 5 . 4. Indicateurs de Logistique.....	.....
VI . 5 . 5. Indicateurs sur la communication pour le changement de comportement	
VII . EVALUATION.....	.....
VIII . PLANNING DES ACTIVITES (Chronogramme).....	.....
IX . RECAPITULATION DE LA BUDGETISATION.....	.....
CONCLUSION.....	.....

ACRONYMES

- **AC : Agent Communautaire**
- **ASBC : Agents de santé à base communautaire**
- **ASC : Agents de santé communautaire (Sénégal)**
- **CSB : Centre de Santé de Base**
- **CTSE : Comité Technique de Survie de l'Enfant**
- **COSAN. : Comité de Santé**
- **EDS : Enquête Démographique Sanitaire**
- **EPM : Enquête auprès des ménages**
- **IRA : Infections respiratoires aiguës**
- **INTH : Institut National de Tourisme et d'Hôtellerie**
- **MEO : Mise en œuvre**
- **PEC : Prise en charge**
- **PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant**
- **PCIMEC : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire**
- **SDSPS : Service de Santé de District et de Protection Sociale**
- **SSSSa : Service des statistiques sanitaires**

I – INTRODUCTION

Le Gouvernement Malagasy reconnaît que la santé de la mère et de l'enfant constitue un facteur primordial pour le développement économique et social du pays.

Pour cela, le Ministère de la Santé du Planning Familial et de la Protection Sociale avec ses Partenaires ont déployé beaucoup d'efforts prometteurs pour faire diminuer le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2003.

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la santé du planning Familial pour faire diminuer le taux de mortalité infanto Juvénile, ce chiffre reste élevé et préoccupant (94‰ en 2003), et les infections respiratoires aiguës, la Diarrhée et le Paludisme continuent à être les premières causes de mortalité et de morbidité chez les enfants.

Afin d'atteindre l' Objectif de Développement du Millénaire 4 qui est de diminuer de 2/3 (de 94 pour mille à 34 pour mille) le taux de mortalité des enfants de moins de 5ans à l'horizon de 2015, Madagascar s'est fixé comme objectif de réduire de 1/2 ce taux comme il a été décrit dans l'engagement 5, défi 5, du « Madagascar Action Plan ou MAP » d'ici 2012 .

Dans ce cadre, le Gouvernement Malagasy, par le biais du Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale avec ses Partenaires a décidé de mettre en œuvre :

- les activités d'amélioration de la survie de la mère et de l'enfant,
- les recommandations de la deuxième revue nationale de la stratégie PCIME en Avril 2005.
- les recommandations du Forum régional de la Survie de l'Enfant en Juin 2005 à Tanzanie. Ce forum a préconisé de renforcer les investissements dans les programmes communautaires pour améliorer la couverture nationale des programmes de survie de l'enfant, en particulier, l'introduction de la Prise en charge des Infections Respiratoires Aiguës, de la Diarrhée, et du Paludisme au niveau communautaire.

Conformément à la Politique Nationale de Santé de l'Enfant et au Plan Stratégique national de la mise en œuvre de la PCIME au niveau communautaire, ce guide est conçu pour servir de cadre de référence pour les acteurs et intervenants dans le domaine de la santé des enfants au niveau communautaire. Actuellement, l'implication de la communauté dans la prise en charge de la santé des enfants est une approche incontournable pour contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

II – CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon les résultats de l'EPM 2001, les Infections Respiratoires Aiguës figuraient en tête des problèmes de santé à Madagascar. Elles représentaient 21,6% des motifs de consultations externes des Centres de Santé de Base. Le Paludisme occupe la deuxième place avec 19,4%, suivi des maladies diarrhéiques avec 8,4%.

Les résultats de l'EDS III (2003 – 2004) ont montré une baisse significative du taux de mortalité infanto juvénile:159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2003, mais la situation reste encore inquiétante car les IRA, Diarrhée, Paludisme figurent encore parmi les principales causes de mortalité et morbidité chez les enfants de moins de cinq ans.

L'annuaire statistique 2003 décrit que :

- les principales causes de morbidité vues en consultation externe au niveau des CSB seraient de 34,2% (IRA), 21,6% (Paludisme),et 13,6% (diarrhée),
- les principales causes de morbidité hospitalière (Centre Hospitalier de District) seraient de : 7,1% (IRA), 25% (Paludisme), 17% (Diarrhée),
- les principales causes de mortalité hospitalière (Centre Hospitalier de District) seraient de: 8,6% (IRA), 25% (Paludisme), 17,5% (Diarrhée).

Il est aussi à noter que :

- 60% de la population totale vivent dans un rayon de 5 km et ne peuvent donc accéder aux soins dispensés au niveau des formations sanitaires qu'au bout d' une heure de marche à pied,
- et les 40% restant habitent dans des zones éloignées ou dans les zones enclavées et ne peuvent atteindre les formations sanitaires qu'au prix des grandes difficultés parfois fatales.

Ainsi, le Gouvernement Malagasy s'est engagé à introduire la prise en charge des cas les plus meurtriers au niveau de la communauté pour contribuer à l'amélioration de la Survie de l'Enfant.

III- LES ETAPES CLES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PHASE DE DEBUT

Ce Guide décrit les différentes étapes et procédures à suivre pour la mise en œuvre effective du programme d'introduction de la prise en charge des IRA, de la Diarrhée et du Paludisme au niveau communautaire :

- Activités de plaidoyer à différents niveaux
- Identification des CSB de rattachement des sites communautaires
- Identification des sites communautaires,
- Identification et sélection des acteurs,
- Formation/orientation des différents acteurs :
 - Formation/ Orientation des agents de santé des CSB en PCIME clinique mise a jour
 - Formation des formateurs centraux du pool de formateurs régionaux
 - Familiarisation des chefs CSB sur les supports didactiques du programmes
 - Formation des agents communautaires
- Dotation des sites en petits matériels et premier lot de médicaments
- Activités de mobilisation sociale et sensibilisation de la communauté,
- Appui aux différents acteurs après la formation

- Suivi formatif mensuel effectué par le chef CSB de rattachement
- Suivi formatif groupé des agents communautaires
- Supervision des agents communautaires
- Mise en place du système de rapportage et de mise en place des bases de données à différents niveaux (central, régional, CSB, et Sites communautaires)
- Revues de programme et évaluation de la mise en œuvre

III – 1 ACTIVITES DE PLAIDOYER

L'introduction de la prise en charge des IRA, de la Diarrhée et du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire requiert l'implication effective de la communauté. Par conséquent, la tenue des activités d'orientation et de plaidoyer sur l'importance et le processus de mise en oeuvre dudit programme doit constituer la première étape d'opérationnalisation.

Il est universellement admis que le plaidoyer fait partie intégrante de la communication en général, mais ce guide lui a réservé une place à part du fait de son importance dans la réalisation du programme.

Objectif

Obtenir l'engagement des autorités locales décentralisées et des leaders d'opinion du niveau régional, district, commune, fokontany et les membres du COSAN sur le programme

Résultat attendu

L'appropriation du programme par autorités et des leaders a tous les niveaux est effective

Méthodologie

Les activités de plaidoyer :

- visent les autorités locales décentralisées et les leaders d'opinion des niveaux : région, district, commune, fokontany, le COSAN et le partenaires de proximité
- se déroulent au niveau du chef lieu de district d'intervention
- durent une journée précédée d'une séance de team building avec les responsables de santé des niveaux central, régional et de district. Ces responsables régionaux et de district assureront la tenue des activités de plaidoyer au niveau des districts d'intervention de leur région respective.

Les différents thèmes d'orientation sont :

- le fondement du programme
- les critères de sélection des CSB et sites communautaires,
- les critères de sélection des Agents Communautaires,
- les rôles et formation des différents acteurs
- le rôle de la communauté,
- la présentation des différents matériels didactiques et outils de gestion du site,
- le processus de mise en place des Agents Communautaires au niveau de leur fokontany / site
- le processus de suivi des activités et de supervision des Agents Communautaires
- La motivation des agents communautaires

Il est recommandé d'organiser cette réunion de plaidoyer un mois avant la formation proprement dite des Agents communautaires, période pendant laquelle la communauté appuyée par le Chef CSB, procède aux différentes étapes de sélection des Agents et le fokontany d'implantation du site ainsi que de l'identification et aménagement du local servant de site communautaire (construction /réhabilitation)

N.B : Les activités de plaidoyer nécessitent la mise en place d'un système de monitoring continu afin de suivre les indicateurs de réalisation de l'engagement des différentes parties prenantes (cf. rôles et attributions des différents acteurs)

III – 2 IDENTIFICATION DES CSB DE RATTACHEMENT

La DRSPFPS et le SDSPS vont identifier les CSB de rattachement des sites communautaires dont les critères de sélection sont :

- **Au niveau du district :**
 - Faire un mapping des communautés à plus de 5 km des formations sanitaires
 - Identifier les communautés pouvant recevoir un appui :
 - Soit que le chef CSB peut se déplacer vers la communauté
 - Soit que les agents communautaires parviennent à se regrouper au niveau du CSB ou au niveau d'un axe de regroupement .

N.B :

- Tenir compte du mapping du district (cf. SSSa) qui permet d'aider à identifier la communauté et les CSB à cibler
- Pour les communautés importantes et éloignées prévoir ensemble l'acquisition des transports pour faciliter la supervision
- Faire un planning de formation en fonction des priorités du mapping et des ressources financières Ceci permet d'identifier les CSB
 - CSB à population élevée de secteur sanitaire inaccessible ou d'accessibilité saisonnière
 - CSB à forte prévalence en IRA, Diarrhée et Paludisme,
 - CSB disposant de préférence 2 agents de santé ou plus ayant une bonne relation avec la communauté, capables d'encadrer les agents communautaires
 - Personnel du CSB pouvant s'impliquer et s'engager à participer activement à la fonctionnalité des sites communautaires qui leur sont rattachés.
 - CSB performant (promptitude, résultats des campagnes satisfaisants. COSAN fonctionnel, etc.)

III - 3 IDENTIFICATION DES SITES COMMUNAUTAIRES

Bien que la phase initiale d'intervention soit limitée à quelques sites pilotes, la finalité reste la couverture nationale des communautés éloignées des formations sanitaires. Le paquet minimum de service au niveau des sites communautaires couvrira les IRA, le paludisme et la diarrhée.

III –3 – 1. Démarche

Les chefs CSB proposent à la communauté de prospecter 3 lieux d'implantation de sites par CSB

III – 3 – 2. Critères de sélection

Les critères de sélection des sites communautaires sont définis comme suit :

- Zone enclavée ou isolée par un obstacle naturel (ex : un cours d'eau, etc.) qui empêche d'accéder au centre de santé ou située à plus de 5 km des formations sanitaires.
- Priorité aux communautés avec une densité de population élevée
- Communauté intéressée qui s'engage à :
 - fournir un local pour abriter le site qui peut être une structure communautaire déjà existante,
 - sélectionner des volontaires vivant dans la communauté et remplissant les critères décrits plus loin,
 - promouvoir l'utilisation des services du site
 - renforcer la promotion des pratiques clés familiales,
 - soutenir les activités des volontaires,
 - trouver des moyens pour motiver les agents communautaires
- Prévalence élevée ou antécédents d'épidémies de l'une des maladies suivantes : IRA, paludisme et diarrhée.
- Existence d'un partenaire oeuvrant dans la localité, ou intéressé par les activités communautaires. L'intérêt de ce facteur réside dans le fait que le partenaire pourrait apporter des ressources humaines, financières et matérielles requises pour la mise en œuvre du projet.

III- 4 - IDENTIFICATION ET SELECTION DES ACTEURS

iii- 4-1 Identification et Sélection Des Agents Communautaires :

III- 4-1-1 Les critères de choix :

- Volontaires, élus par la communauté et approuvés par le chef CSB et les Autorités locales
- Et/ou étant déjà un agent communautaire opérationnel dans la localité.
- Ou ayant eu une expérience dans les activités de santé ou de promotion sociale
- Nombre : 2 agents par site communautaire pour les prestations et 1 agent pour la sensibilisation
- Motivation : il appartient à la communauté et aux autorités locales de rechercher des alternatives en dehors du pourcentage sur les bénéfices de vente de médicaments
- Profil de l'Agent communautaire :
 - Niveau 5^e de préférence ou plus : le matériel de formation et les outils de gestion du site notamment les rapports sont conçus pour des personnes sachant lire, écrire et compter.
 - Disponible
 - Intègre

- Résidant dans le village
- Agé de 25 à 45 ans
- Sexe masculin ou féminin
- Motivé
- Capable de se déplacer
- En bonne santé

N.B :

- L'Agent Communautaire doit formuler une lettre d'engagement pour un contrat d'objectif et pour une année renouvelable avant la formation. Le remplacement des agents démissionnaires sera fait suivant le même processus de recrutement. Cette lettre d'engagement, envers la communauté, doit être faite devant les autorités de la commune et approuvée par ces dernières.

III-4-1-2 Procédures d'élection de l'Agent communautaire :

1^{ère} Etape :

- Faire un plaidoyer auprès des autorités locales et des leaders d'opinion du district
- Informer et sensibiliser ces autorités locales sur l'importance et la nécessité de l'introduction de la prise en charge des IRA, de la Diarrhée et du Paludisme par des agents communautaires dont les critères de sélection sont décrits ci-dessus.

2^è Etape :

- La communauté Identifie de agents communautaires par site répondant aux critères établis.
- Les agents communautaires identifiés passeront un test de niveau.
- Les 5 meilleurs seront présélectionnés et présentés à la communauté pour l'élection des trois candidats définitifs. L'élection se fera en présence des représentants des Autorités Locales (Commune, Fokontany), du Chef CSB, des membres du COSAN, et des partenaires locaux.

N.B :

- Il est souhaitable que les districts, en terme d'administration, prennent les dispositions nécessaires pour que la population soient bien informées sur l'importance de la réunion organisée au niveau de la communauté et que les personnes clés soient présentes.

- Si des volontaires existent déjà, les communautés pourraient choisir les plus performants selon les critères ci-dessus.

- Ces étapes sont recommandées mais devant l'impossibilité de répondre à tous ces critères de sélection il appartient aux autorités compétentes de trancher sur le choix des agents communautaires

III-4-2 AUTRES ACTEURS DU PROGRAMME ET ROLES

A part les agents communautaires, d'autres acteurs participent au programme. Le tableau suivant récapitule les catégories des différents acteurs avec la description de leurs rôles respectifs.

TABLEAU 1 : ACTEURS ET ROLES PAR NIVEAU DU SYSTEME

NIVEAU	PERSONNE/GROUPE	ROLES
<p>PRESIDENCE Gouvernement et assemblées Législatives</p> <p>Niveaux : Région - District</p>	<p>- Membres du Gouvernement et Parlementaires</p> <p>- Autorités politico-administratives</p> <p>- Leaders d'opinion</p>	<p>- Prise de décision de haut niveau</p> <p>- Appui administratif et financier au programme</p> <p>- Support législatif</p> <p>- Appui administratif, technique et financier au programme : intégrer les activités de prise en charge de la santé de l'enfant par la communauté dans les plans de développement des régions et districts</p>
<p>Niveau Central</p>	<p>- Comité Technique de Survie de l'Enfant (CTSE) et Task Force des activités communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des activités communautaires volet mère enfant • Planification nationale des activités (lancement, suivi de progrès et mise à l'échelle, Intégration des activités de prise en charge de la santé de l'enfant) • Elaboration et mise à jour : <ul style="list-style-type: none"> - Des matériels didactiques (Prise en charge et animation communautaire) et outils de gestion du site - De kit de plaidoyer et de support IEC /CCC <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer à tous les niveaux • Formation des acteurs au niveau région et district • Approvisionnement en outils de gestion, médicaments et petits matériels techniques • Appui technique dans la mise en œuvre: - Suivi et Contrôle de qualité de service. - Supervision des activités au niveau des régions, districts sanitaires et des CSB <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une banque de données nationales (Collecte et compilation/analyse des données émanant des régions) • Organisation de revues et évaluation

		Organisation de visites d'échange nationales et internationales
Niveau Régional	<ul style="list-style-type: none"> - DRSPFPS - Pool de formateurs régionaux (2 agents dont Point focal régional et le responsable de programme paludisme) - Partenaires de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer à tous les niveaux • Appui technique au district : <ul style="list-style-type: none"> - Planification, formation et coordination des activités des districts, etc. - Mise en œuvre de l'Intégration des activités de prise en charge de la santé de l'enfant par la communauté <ul style="list-style-type: none"> • Appui logistique du district • Mise en place d'une banque de données au niveau régional (Collecte et compilation/analyse des données émanant des districts) - Rapportage au niveau central <ul style="list-style-type: none"> • Supervision des districts et des CSB et gestion des problèmes • Organisation de visites d'échange inter district et/ou inter sites
Niveau District	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins inspecteurs et EMAD - Points focaux PCIME (2 agents dont Point Focal et le responsable de programme paludisme) - Partenaires de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer à tous les niveaux • Participation à la sélection des CSB de rattachement des sites communautaires • Planification et coordination des activités du district : intégration des activités de prise en charge de la santé de l'enfant par la communauté dans le PTA/PDD du District • Formation des agents de santé des CSB et des AC pour la prise en charge des enfants malades et des cas référés par les AC • Suivi formatif, supervision des AS et AC et résolution des problèmes éventuels • Appui logistique des CSB et sites communautaires • Mise en place d'une banque de données au niveau district : Collecte et compilation des données émanant des CSB, compilation et analyse des données • Rapportage des activités à la DRSPFPS
Niveau Centre de santé de base	<ul style="list-style-type: none"> - Chef CSB et son équipe - Partenaires de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la sélection des Fokontany d'implantation et des AC • Participation à la formation des AC sur la prise en charge et animation

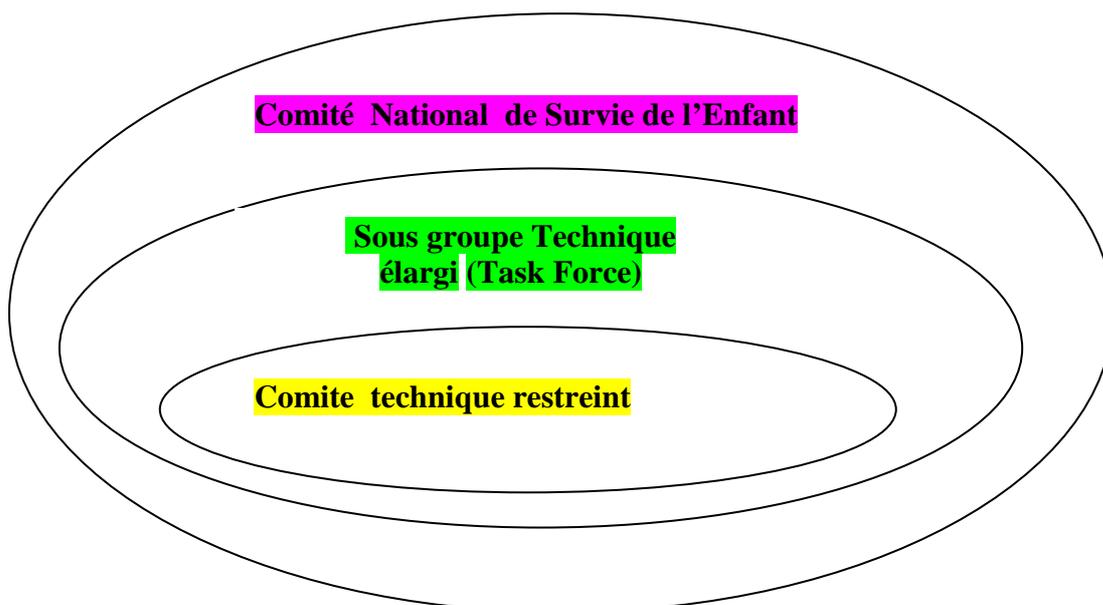
		<p>communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des enfants référés par les AC et feed-back aux AC • Encadrement/Suivi formatif et Supervision des AC et gestion des problèmes des sites • Approvisionnement des sites en outils de gestion, médicaments selon leurs besoins • Mise en place d'une banque de données au niveau CSB (Collecte, compilation, analyse de données émanant des sites et recherche de solutions) • Rapportage des activités au SDSPS
Niveau Communautaire	<p>2 Agents Communautaires par site</p> <p>- 3^{ème} agent ou animateur communautaire et autres volontaires</p> <p>- Communauté / COSAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des cas et suivi des malades au niveau de la communauté • Référence des cas comme décrit dans les modules de-formation • Gestion du site : local, médicaments, petits matériels techniques, fonds, et informations sanitaires (Tenue des archives) • Rapportage des activités au CSB de rattachement • Elaboration d'un plan d'animation communautaire avec l'appui des Chefs CSB • IEC/CCC et mobilisation communautaire • Visite à domicile • Recherche des enfants n'ayant pas respecté les visites de suivi • Identification et élection des AC • Mise à disposition d'un local ou lieu de prestation • Sécurisation de ce local avec la logistique • Mise en place d'un plan de transport pour l'évacuation des références • Participation aux activités communautaires liées au site • Contribution effective à la motivation des AC

III - 5 – FORMATION/ORIENTATION DES DIFFERENTS ACTEURS A CHAQUE NIVEAU

III- 5-1 - Niveau central :

III -5-1-1: Elaboration des différents outils de travail

Au niveau central, un comité technique restreint, issu du sous groupe technique Elargi (Task force) du Comité National de Survie de l'Enfant, est chargé d'élaborer les différents outils de travail avec l'appui d'autres personnes ressources (cf. schéma ci – dessous)



Les matériels didactiques et outils de gestion conçus seront testés par le biais de la formation des Agents Communautaires. et des feed – back émanant des autres membres du Groupe Technique Elargi du CTSE,. Le comité national de survie de l'enfant procédera à la validation.

Les outils à développer sont :

- Guide de mise en œuvre de L'INTRODUCTION DE LA PRISE EN CHARGE DES IRA, DE LA DIARRHÉE ET DU PALUDISME AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE A MADAGASCAR
- Guide du formateur et plan de session pour la formation des formateurs et pour la formation des agents communautaires
- Manuel de l'agent communautaire ou Torolalana ho an'ny mpiofana
- Fiches techniques pour les agents communautaires
- Fiche de renseignement individuel sur les agents communautaires
- Tableau des signes vus
- Manuel de formation du troisième agent communautaire
- Supports IEC :
 - Kit de plaidoyer pour les niveaux régionaux et districts
 - Matériels IEC/CCC : cartes conseils, gazette, etc.
- Pre et post test des AS et AC
- Outils de gestion :

- Registre de consultation,
- ⊕ Registre d'Utilisation de Médicaments et de Recettes (RUMER)
- Fiche de référence /contre référence
- Fiche de rapport mensuel
- Fiche de prise en charge/suivi de l'enfant malade au niveau communautaire
- Fiches de suivi journalier et individuel des agents communautaires pendant la formation
- Fiches de suivi groupe
- Fiches d'évaluation mensuelle des agents communautaires
- Fiche d'auto évaluation des agents communautaires
- Livret photo
- Casette vidéo PCIME à adapter pour la formation des AC et a traduire en version malagasy)

○ III - 5-1-2 : Formation des acteurs

La constitution d'un pool de formateurs centraux fait suite à l'élaboration des différents outils de formation. Ces formateurs centraux sont chargés de former le pool de formateurs régionaux. Ces derniers vont assurer la formation des agents de santé prestataires au niveau des CSB de rattachement et des agents communautaires dans la phase d'extension. L'appui technique des centraux est recommandé pour le démarrage du programme au niveau d'une région.

NB : Il est recommandé que ces formateurs et superviseurs soient des agents de santé formés en PCIME

○ III- 5-1-3 : Orientation des différents acteurs

L'orientation des autres intervenants du niveau central (Directeurs centraux et responsables techniques centraux) se fait essentiellement lors des activités habituelles ou spéciales des personnes à cibler : réunions de coordination, session des parlementaires etc. Cependant, des formations pourront être organisées selon les besoins.

III - 5-2 - Niveaux région et district

Le personnel de niveau régional des premiers districts d'intervention est initié sur l'introduction de la prise en charge des IRA, de la Diarrhée et du Paludisme lors des réunions de coordination par les responsables centraux du groupe techniques. La formation en technique de facilitation des formateurs régionaux et des points focaux des districts sanitaires se fait au niveau des districts.

N.B : Dans la phase d'extension au niveau de cette même région, il appartient au pool de formateurs régionaux d'initier le programme dans les nouveaux districts. Les formateurs régionaux seraient mobilisables pour appuyer les autres régions d'extension

III- 5-3- Niveau centre de santé

La formation/orientation du personnel du centre de santé en PCIME mise à jour AC, se fait au niveau région ou district disposant de service de pédiatrie afin de respecter les normes de formation recommandées par la stratégie PCIME. Cette

formation renforcera la compétence des agents de santé dans la prise en charge des enfants malades et ceux référés par les agents communautaires. Elle développera également leur capacité dans l'encadrement des agents communautaires.

Cette formation est assurée par les formateurs des niveaux régional et district dans la phase d'extension mais l'appui du niveau central peut être sollicité afin d'assurer le respect des normes de formation.

Il est souhaitable qu'au moins deux agents de santé du CSB soient formés en technique de facilitation et en suivi formatif pour assurer l'encadrement, le suivi et la supervision des agents communautaires, s'il y a d'autres agents de santé dans le centre, ils seront formés sur le tas.

III- 5- 4 - Niveau site communautaire

III- 5- 4-1- Agents communautaires

La formation des agents communautaires sur la prise en charge des enfants malades se fera au niveau district à la fois pour les sessions théorique et clinique. Les stages pratiques se dérouleront au niveau CHD, CSB et villages.

Dans la phase initiale, cette formation sera assurée par le pool de formateurs régional et appuyée par les centraux.

Il est souhaitable de former un groupe de 12 participants (agents communautaires) à encadrer au moins par 4 formateurs (ratio facilitateur / participant : 1 / 3). Les médecins / infirmiers des CSB de rattachement et les partenaires de proximité assisteront à cette formation en tant qu'encadreur afin d'être capable d'assurer l'encadrement post formation de leurs agents communautaires respectifs. La durée de la formation est de 5 jours. Elle sera précédée de pré test et suivi de post test.

Afin d'assurer le suivi individuel et journalier des Agents Communautaires, un accent particulier sera mis sur les sessions cliniques

Les agents communautaires formés doivent assurer les tâches suivantes :

- Pesée des enfants
- Prise en charge des enfants malades : cas de toux ou rhume et pneumonie, de Paludisme simple, de Diarrhée simple
- Référence des cas décrits dans le manuel de formation entre autres les cas graves
- Suivi des enfants malades traités aux sites et ceux qui sont contre référés
- Gestion de fonds, des médicaments et de matériels techniques
- Rapportage des activités
- Organisation de séances d'IEC/CCC et mobilisation sociale en collaboration avec le troisième agent

III-5-4 -2 Les membres du COSAN et le Chef Fokontany

Ils auront des sessions d'une journée d'orientation sur le programme par le personnel du CSB avec l'appui du district pour leur permettre d'appuyer le suivi des activités des AC.

III-5-4-3 Le troisième agent ou animateur communautaire

Les Chefs CSB appuyés par les formateurs du district assurent la formation des animateurs communautaires en technique de communication et de transmission de messages. Ces derniers vont assurer :

- des séances d'IEC et de mobilisation communautaire**
- des visites à domicile**
- des recherches des enfants n'ayant pas respecté les visites de suivi en collaboration avec les structures existantes, entre autres, les autres agents communautaires**

TABLEAU 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES FORMATIONS DES ACTEURS

NIVEAU	NOMBRE DES PARTICIPANTS	THEMES DE LA FORMATION	FORMATEURS	Durée	LIEU DE FORMATION
Central	Variables	Orientation sur la PCIME mise à jour et FDF	Sous groupe technique restreint	5 jours	Hors de Tana
DRSPFPS	2 agents (point focal régional PCIME et responsable de programme palu)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation et/ou formation sur la PCIME mise à jour - Orientation des chefs CSB sur la prise en charge communautaire des IRA de la diarrhée et du palu - FDF sur la prise en charge communautaire de l'IRA, diarrhée et palu - FDF sur la technique de communication et d'animation communautaire 	Pool de formateurs Centraux dans la phase initiale	<ul style="list-style-type: none"> 5 / 6 jours 2 jours 3 jours 3 jours 	Chef lieu de région où il y a un service de pédiatrie
SDSPS	2 agents (point focal du district PCIME et responsable de programme palu)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation et/ou formation sur la PCIME mise à jour - FDF sur la prise en charge communautaire de l'IRA, diarrhée et palu - FDF sur la technique de communication et d'animation communautaire 	Pool de formateurs régionaux appuyés à la demande, par des centraux.	<ul style="list-style-type: none"> 5 / 6 jours 5 jours 3 jours 	Chef lieu de région où il y a un service de pédiatrie
CSB	2 agents	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation et/ou formation sur la PCIME mise à jour - FDF sur la prise en charge 	Pool de formateurs régionaux et appuyés à la demande, par des centraux.	<ul style="list-style-type: none"> 5 / 6 jours 5 jours 	Chef lieu de région où il y a un service de pédiatrie

		communautaire de l'IRA, diarrhée et palu		3 jours	
		- FDF sur la technique de communication et d'animation communautaire			
Communautaire	02 agents communautaires,	- Formation sur la prise en charge des enfants malades	Pool de formateurs régionaux, dans la phase d'extension et appuyés à la demande par des centraux	5 jours	Chef lieu de district (Service de pédiatrie)
	Au moins 1 animateur communautaire par fokontany	- Technique de communication et d'animation communautaire	Formateurs du SDSPS et Chefs CSB	5 jours	CSB/niveau commune
	1 membre du COSAN et le Chef FKT	- Orientation sur le programme	Chefs CSB	1 jour	CSB/niveau commune
	Autorités locales, Leaders d'opinion	- Orientation sur le programme	Formateurs centraux et Régionaux	1 jour	Plaidoyer au niveau région

- N.B :**
- **Faire un mapping sur la situation de disponibilité de formateurs régionaux**
 - **Il appartient à la DRSPFPS et SDSPS d'intervention d'identifier les membres du pool de formateurs régional selon les critères suivants :**
 - **Agent de santé formateur en PCIME**
 - **Disponible pour de nombreux déplacements pour la formation et le suivi formatif des agents communautaires**
 - **Dynamique et persévérant**
 - **Ayant des expériences sur l'encadrement des agents communautaires**
 - **Capable de s'adapter dans les conditions difficiles du milieu communautaire**
 - **Capable de travailler en équipe**

III – 6 DOTATION EN PETITS MATERIELS, EN LOT DE MEDICAMENTS ET EN OUTILS DE GESTION

Les besoins du site pour le démarrage des activités sont les suivants :

1- Logistique d'exploitation

- Local indépendant pour le site communautaire qui relèvera de la responsabilité de la communauté (site communautaire pré existant ou autre local)
- Natte pour revêtement du sol
- Mobilier: une table, 2 chaises, 1 caisson sécurisé pour ranger les médicaments, étagère pour archive
- Règle - stylo- crayon- gomme,
- Minuteur
- Balance salter (force 25 kg)
- Blouse, Badge, calot,
- Serviette, savon, brosse a ongle
- Bac à ordure
- Kit TRO (Cuvette, Gobelet émaillé de 1litre, seau de 12 litres, 4 tasses émaillées, 4 petites cuillères, marmite),
- Réchaud a charbon
- Bougeoir et bougies

2- Outils IEC/ CCC

- cartes conseils, gazety ara-pahasalamana, affiches, etc.

3- Outils de gestion

- Fiches de prise en charge/ suivi des enfants malades,
- Registre de consultation,
- Cahier de Registre d'Utilisation des Médicaments et des Recettes (RUMER),
- Manuel pour AC,
- Fiches techniques
- Matériels pour écrire sur feuille et Flip chart (markers 4 couleurs),
- Flip chart pour les affiches dont les statistiques.
- Fiches de référence contre référence,
- Fiches de rapport technique mensuel
- Cahier de charge
- Fiches de rapport IEC/ CCC
- Fiche d'auto évaluation

Pendant la phase de démarrage, le site sera doté en outils de gestion pour une année. Mais pour la pérennisation, le DRSPFPS, le District sanitaire, le CSB et la commune assureront la disponibilité de ces outils.

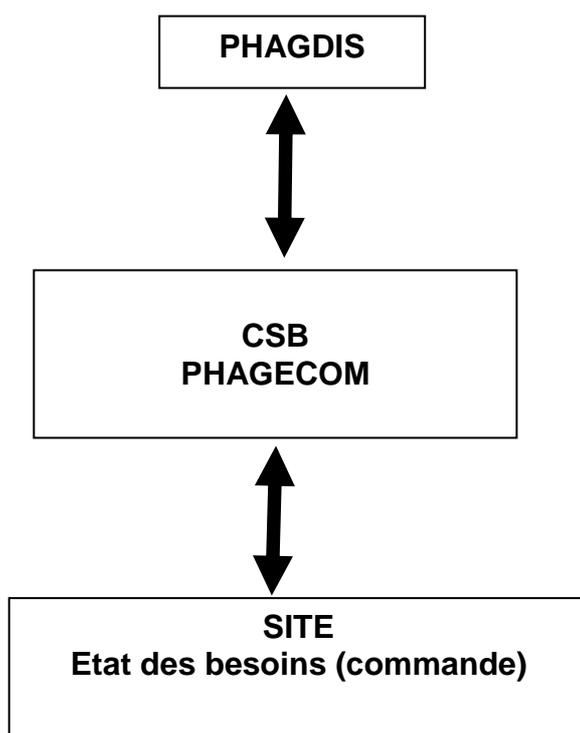
4- Médicaments et autres produits

Il y aura dotation d'un minimum de lot de démarrage :

- Cotrimoxazole comprimé de 100/20 mg, 200/40 mg ou 400/ 80 mg, ou PPS ou Poudre pour sirop de 200/40 mg
- Amoxicilline 125mg/ 250mg/ 500mg
- SRO
- Zinc 20 mg
- ACT (Traitement combiné à base d'Artemisinine) : Artesunate + Amodiaquine
- Paracétamol 100 mg, 500 mg
- Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longue Duree,
- Sur'eau.
- Mebendazole

La quantité de ces produits sera évaluée en fonction du nombre de la population cible au niveau du secteur du site

REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE L'APPROVISIONNEMENT DU SITE EN MEDICAMENTS



NB :

- Les médicaments seront achetés au niveau CSB au même prix qu'au PHAGDIS. Il appartient au chef CSB de procéder à la commande de médicaments de sa circonscription incluant donc les besoins des sites qui lui sont rattachés. La comptabilité de ces produits sera faite séparément pour le CSB et les sites
- Les médicaments seront vendus aux communautés aux mêmes prix qu'au niveau des CSB de rattachement.
- Les médicaments utilisés pour la prise en charge des indigents seront comptabilisés et récupérés au niveau du CSB selon le système FANOME .
- La ristourne attribuée aux agents communautaires suit les mêmes modalités que la vente à base communautaire.

- Le Site communautaire peut renouveler son stock en médicaments dès qu'il peut s'en acheter,
- L'acheminement des médicaments sera assuré par le Fokontany,
- Il est de règle de sécuriser les recettes dans un coffret fermé à clé.

III- 7 Activités de Mobilisation Sociale et Sensibilisation de la Population

La mobilisation sociale et la sensibilisation de la population, appuyant la mise en œuvre du programme, vont cibler des personnes et groupes à tous les niveaux. Elle va utiliser les ressources disponibles. Les grands événements de santé (SSME, campagnes, etc.) ou les réunions/ manifestations communautaires peuvent être une opportunité pour sensibiliser la communauté sur le programme.

Les activités de tous les intervenants en termes de sensibilisation à tous les niveaux seront coordonnées, soutenues et permanentes afin de promouvoir la recherche de soins pour les enfants malades au niveau communautaire.

○ But :

Optimaliser l'empowerment de la communauté dans l'amélioration de la santé des enfants de moins de 5 ans.

○ Objectifs :

- Sensibiliser la communauté dans l'opérationnalisation du site (choix des AC, infrastructures, équipement mobilier, organisation communautaire pour la référence, motivation des AC, etc.)
- Développer l'utilisation des sites communautaires
- Promouvoir l'effectivité des pratiques clés familiales pour le bien-être des communautés.

○ Résultats attendus :

- Contribution de la communauté est effective dans la fonctionnalité du site
- Fréquentation du site permanente
- Pratiques clés familiales développées

○ Stratégies

- Plaidoyer (cf. III- 1)
- Information/ Orientation
- Sensibilisation
- Education
- Mobilisation Sociale (lancement officiel, festivals, foire, fête foraine, célébration des acquis, etc.)

○ Cibles et responsables

(cf. tableau ci-dessous)

○ Moyens/ canaux et supports IEC/CCC

Un inventaire des supports IEC/ CCC existants permettra de retenir ceux qui seront utilisés et mis à jour. De nouveaux supports seront éventuellement à élaborer pour le besoin du programme et à partir des recommandations des études qualitatives de la mise en œuvre de différents programmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant

○ Suivi/ Système de rapportage

Les différents responsables de mobilisation sociale et de sensibilisation a tous les niveaux fournissent des rapports d'activités périodiques (cf. canevas)

DISTRICTS	<ul style="list-style-type: none"> - EMAD - Staffs des STD du District - Médias 	<ul style="list-style-type: none"> - Information - Orientation - Sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - DRSPFPS - Points focaux PCIME de la région - responsables paludisme régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Agents de santé autorités politico administratives informés, sensibilisés - Pool de formateurs constitué 	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de plaidoyer - Guide de mise en œuvre - Outils de travail - Supports IEC/ CCC
COMMUNES	<ul style="list-style-type: none"> - Staffs des Communes - COSAN - Chefs CSB plus autres personnels du CSB 	<ul style="list-style-type: none"> - Information - Sensibilisation - Orientation 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins inspecteurs - Points focaux PCIME du district - Formateurs superviseurs (2 agents dont un instructeur clinique) 	<ul style="list-style-type: none"> Communauté informée et sensibilisée 	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de plaidoyer - Guide de mise en œuvre - Outils de travail - Supports IEC/ CCC
Site Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Communauté Chefs Fokontany Agents communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Information - Education - Communication - Mobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Chef CSB - Agents communautaires, animateurs communautaires - COSAN - Leaders d'opinions - Autorités politico administratives 	<ul style="list-style-type: none"> - Communauté mobilisée - Agents communautaires et animateurs communautaires identifiés 	<ul style="list-style-type: none"> - Kit de plaidoyer - Guide de mise en œuvre - Outils de travail - Supports IEC/ CCC

III - 8- ENCADREMENT DES DIFFERENTS ACTEURS APRES LA FORMATION

L'encadrement continu, étant une étape cruciale dans le renforcement des compétences des acteurs, est important aussi bien pendant qu'après la formation, surtout pour les agents communautaires.

But :

Prise en charge des enfants malades par l'agent communautaire conforme aux directives décrites dans le manuel de formation.

Objectifs

Renforcer les compétences des agents communautaires dans la prise en charge de l'IRA, paludisme et diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans.

Résultats attendus :

- 100% des agents communautaires sont touchés individuellement par le suivi formatif
- 100 % des sites communautaires sont visités

Stratégies :

- Descente du chef CSB au niveau du site
- Regroupements des agents communautaires.

III- 8-1 Descente du chef CSB au niveau du site

- Assurée mensuellement dans la mesure du possible par le chef CSB ou deuxième agent du CSB de rattachement mais peut être espacée de deux à 3 mois selon l'évolution de la compétence de l'agent communautaire
- Se déroule au niveau des sites communautaires correspondants
- Dure une journée par site
- Les principales activités à mener sont :
 - Vérifier les médicaments : abus d'utilisation, rupture de stock
 - Organiser une animation communautaire : 30 mn
 - Les interview a retardement des personnes qui ont fréquente le site dans les 2 semaines qui ont precede la descente du Chef CSB
 - Identifier et résoudre les problèmes/ Animation communautaire
 - Observer la gestion matérielle, financière et des médicaments (rangement des fiches et médicaments, fonctionnalité des balances et timer, l'affichage des statistiques, matériel pour la première prise de médicaments ...)
 - Voir la propreté du site : disponibilité d'eau et de matériels pour la prise de la première dose de médicaments, les emballages pour les médicaments
 - Observer le remplissage des outils de gestion : voir la complétude et promptitude.
 - Observer l'Agent communautaire prenant en charge un enfant malade si possible ou faire une simulation si l'agent communautaire a besoin de renforcement

III-8-2 Regroupements des agents communautaires

- **Assurés par un pool de superviseurs rassemblant les niveaux central, régional et de district : Le premier sera dirigé par le niveau central. Il est à noter que les deuxièmes et troisièmes suivis formatifs groupés seront assurés par le pool de formateurs régionaux avec appui du niveau central, si besoin. Cependant le niveau central a la responsabilité de suivre le respect des normes et qualités**
- **A réaliser après 4 à 6 semaines de la formation des agents communautaires**
- **Assurer au moins 3 regroupements consécutifs espacés de 4 à 6 semaines**
- **Les grandes lignes des activités de regroupements des agents communautaires :**
 - **Visite des sites communautaires : animation communautaire**
 - **Regroupement des AC et AS par axe au niveau d'un CSB de l'axe**
 - **Collecte de données en utilisant les outils de gestion suivants :**
 - **Fiches individuelles de suivi et d'évaluation des Agents communautaires**
 - **Fiches d'entretien avec la mère**
 - **Fiches d'entretien avec la communauté : population, président du fokontany**
 - **Fiches d'entretien avec les autres agents communautaires**
 - **Fiches de supervision/ Fiches de contrôle de médicaments**
 - **Grille de dépouillement des fiches de prise en charge des cas (on choisit une dizaine de fiches comprenant différentes plaintes avec un préférence des fiches à symptômes associée)**
 - **Fiche d'auto évaluation**
- **Les données statistiques des années précédentes serviront de données de base pour suivre l'évolution de l'utilisation des services sanitaires et d'apprécier la contribution des sites communautaires.**

Premier regroupement des agents communautaires

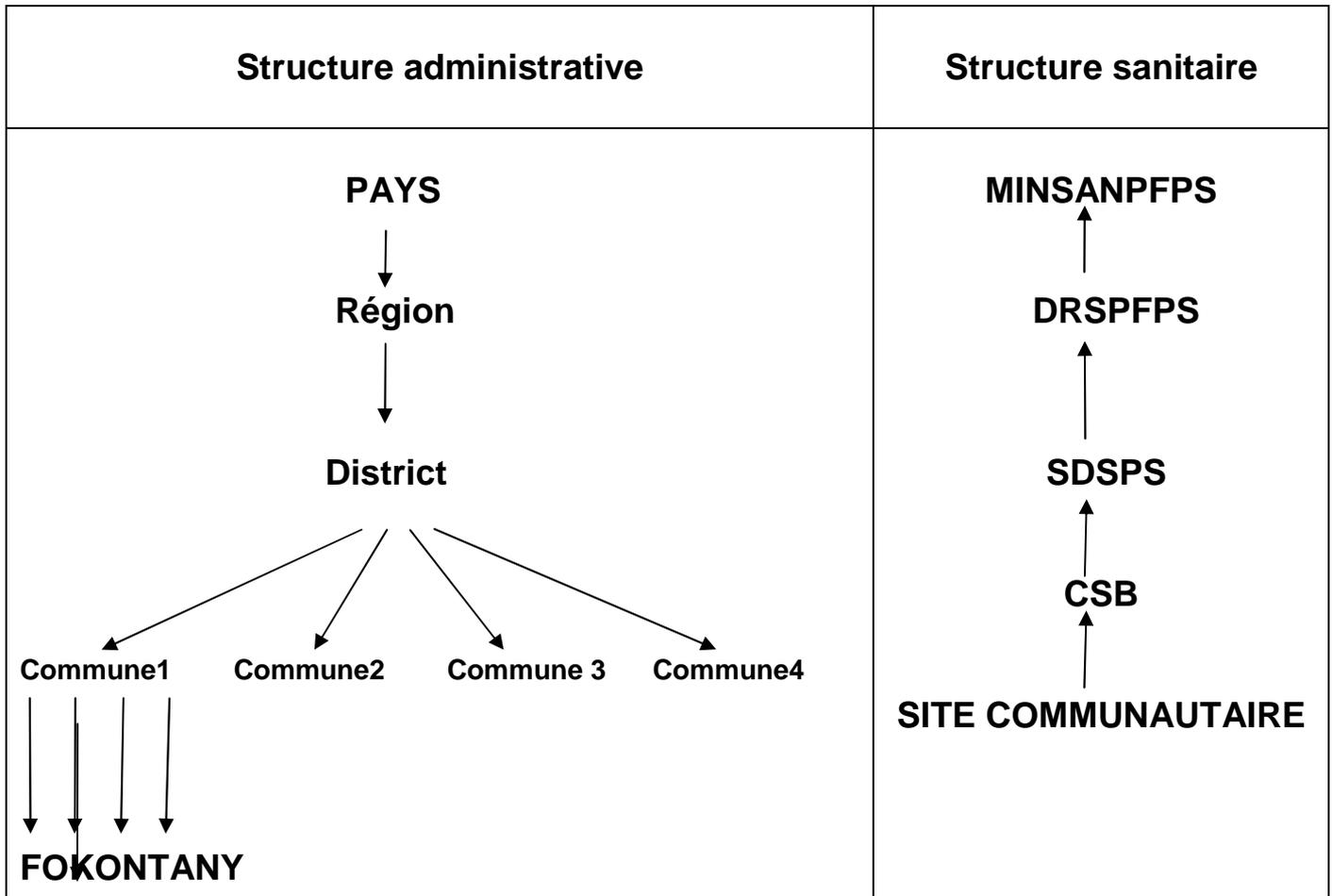
Etapes	Durée	Activités	Outils de Travail	Lieu	Moyen de déplacement	Responsable
1	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Visite de courtoisie ou information de la mission auprès des autorités régionales et/ou de district - Formation/ Orientation du pool régional sur la conduite d'un suivi groupé - Team building - Répartition en groupe et par axe selon la cartographie du district : (3 a 5 axes) 	Tous les canevas de suivi (cf. annexes)	District	Central : Avion / Voiture	Central
2	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> - Descente sur terrain de chaque groupe - Supervision de 2 à 3 sites par axe <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visite de courtoisie au niveau du maire ➤ Visite de courtoisie au niveau du chef fokontany ➤ Visite proprement dite des sites et observation de la prestation de l'AC ➤ Out interview/ indice de satisfaction des utilisateurs du site (immédiat, 3-15 jours avant) VAD des enfants récemment traités au site 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche d'entretien avec la mère - Fiche d'entretien avec la communauté (cf. annexes (cf. annexes)) 	Sites communautaires	Voiture 4X4 Moto Vélo A pied Charrette Quade Pirogue, etc.	Groupe de superviseurs par axe Chef CSB Chef Fokontany COSAN
3	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> - Regroupement de tous les AC et AS du même axe <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observations : <ul style="list-style-type: none"> - Prestation de prise en charge de l'enfant malade - Gestion médicaments, fonds et informations sanitaires - Dépouillement des fiches de prise en charge remplies - Restitution avec formulation de recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche d'observation de l'agent communautaire - OG du site - Fiche de dépouillement (cf. annexes) - Fiches de prise en charge vierges 	CSB de regroupement -	Voiture 4X4 Moto Vélo A pied Charrette Quade Pirogue, etc.	Groupe de superviseurs par axe Chefs CSB AC COSAN

Étapes	Durée	Activités	Outils de Travail	Lieu	Moyen de déplacement	Responsable
4	1 jour	Compilation des résultats des descentes sur terrain Regroupement de tous les superviseurs Débriefing auprès des autorités régionales et de district : renforcement de l'engagement suivi de formulation de recommandations	Canevas remplis	District	Voiture 4X4	Groupes de superviseurs
TOTAL	6 jours					

N.B : L'agenda des autres suivis est différent du premier suivi : il n'y aura plus de Formation/ Orientation du pool régional sur la conduite d'un regroupement des agents communautaires

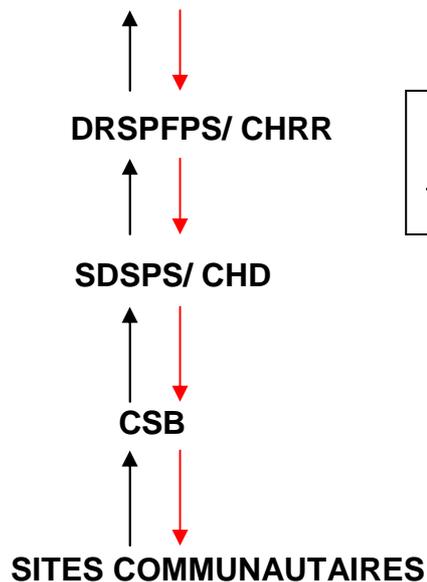
IV- MISE EN PLACE DE COLLECTE DE DONNEES ET DE RAPPORTAGE

IV 1-structures administratives et sanitaires



IV-2 CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE

SSSa / SSEA/ SLP
(Service des Statistiques Sanitaires)



LEGENDES :
→ Rétro information
 → Circuit des rapports

IV- 3 COLLECTE DES DONNEES AU NIVEAU DES SITES COMMUNAUTAIRES

Des données seront collectées au niveau des sites à l'aide de plusieurs supports. L'agent communautaire remplira le canevas de rapport mensuel à partir des supports suivants :

- Registre de consultation,
- Cahier de Registre d'Utilisation des Médicaments et des Recettes (RUMER),
- Fiche de prise en charge des cas
- Cahier de charge
- Fiches de rapport IEC/ CCC
- Fiche d'auto évaluation

Le rapport mensuel du site communautaire devrait parvenir au niveau du CSB avant le 05 du mois suivant. Le Chef CSB fait la synthèse des rapports et l'envoie au niveau hiérarchique. Et c'est pareil pour les autres niveaux jusqu'au niveau central et SSSa

Remarque :
Un projet de collecte de donnée en périphérique est en train d'être mis en œuvre en utilisant un logiciel. Cela nécessite la disponibilité d'un outil informatique et une personne qualifiée en la matière au niveau périphérique.

- Gestion du site : local, médicaments, petits matériels techniques, fonds, et informations sanitaires (Tenue des archives)

V-5- INDICATEURS

Différents indicateurs de mise en œuvre de l'introduction de la prise en charge de l'IRA, de la Diarrhée et du Paludisme au niveau communautaires ont été retenus. La liste des indicateurs suit les recommandations de l'atelier de Dakar sur les IRA, renforcé à Congo Kinshasa, qui a adopté le principe d'une liste minimale d'indicateurs à collecter par tous ceux qui mettent en œuvre le traitement à base communautaire. Cette liste sera complétée ultérieurement.

V- 5 – 1 - Indicateurs des résultats

● Couverture :

- pourcentage des cas de pneumonies attendus traités,
- Pourcentage des cas de diarrhées attendus traités,
- Pourcentage des cas de fièvres attendus, traités précocement dans les 24 heures
- Proportion des sites fonctionnels

● Qualité des soins

- Pourcentage des enfants présentant un signe de gravité référés,
- Pourcentage des cas IRA correctement classés,
- Pourcentage de cas de pneumonies ayant reçu la dose correcte de Cotrimoxazole,
- Pourcentage des cas de pneumonie suivis au moins une fois
- Pourcentage de cas de diarrhée ayant reçu les doses correctes de zinc et de SRO nouvelle formule
- Pourcentage des cas de fièvre ayant reçu les doses correctes d'ACT

V – 5 – 2 - Indicateurs de Formation / Orientation

● Processus

- **Proportion des équipes formées réalisant les supervisions selon les normes à chaque niveau**
- **Proportion des AC formés qui remplissent correctement la fiche,**
- **Proportion des organes communautaires prévus orientée ou formée.**

● Qualité

- **Proportion des AC ayant un décompte de mouvements respiratoires concordant avec celui de l'instructeur**
- **Proportion des AC sachant évaluer une déshydratation**
- **Proportion des AC connaissant les signes de danger**

VI – 5 – 3 - Indicateurs de l'appui après formation

● Processus

- **Proportion de suivis formatifs planifiés réalisés selon les normes,**
- **Proportion des supervisions formatives prévues réalisées selon les normes au moins 1 fois par trimestre.**

● Qualité

- **Proportion des cas de concordance d'évaluation de cas entre l'AC et le formateur,**
- **Proportion d'AC qui remplissent entièrement et sans faute la fiche de PEC, le registre de consultation, le cahier de RUMER, le rapport mensuel.**

VI – 5 – 4 - Indicateurs de Logistique

● Résultat

- **Proportion des sites avec une rupture de stock de Cotrimoxazole, de Zinc, de SRO nf, d'ACT dans le mois,**
- **Nombre de jours de rupture de stock de Cotrimoxazole/ Zinc/ SROnf /ACT par mois,**
- **Nombre de jours sans chronomètre ou minuteur fonctionnel dans le mois.**

VI – 5 – 5 - Indicateurs sur la communication pour le changement de comportement

● Processus

- **Proportion d'activités de communication planifiée réalisée (par type d'activités).**

● Résultat

- **Proportion de mères connaissant au moins 2 signes de danger et la conduite à tenir.**

VII - EVALUATION

Après 2 ans de mise en œuvre effective dans les districts d'intervention, une évaluation sera organisée pour une réorientation stratégique éventuelle du programme : introduction de la prise en charge des IRA de la diarrhée et du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire

But

Développer la prise en charge communautaire de la santé de l'enfant

Objectif

Evaluer la mise en œuvre du programme dans tous ses aspects

Réorienter le programme suivant les recommandations de l'évaluation

Résultats attendus

Résultats de l'évaluation disponibles et partagés

Plan de réorientation du programme défini

Nouveau plan mis en œuvre

Méthodologie

- **Elaboration des termes de références de l'évaluation avec la participation du Ministère de la santé du planning familial et de la protection sociale et de ses partenaires**
- **Lancement et publication de l'offre pour l'équipe de l'évaluation**
- **Evaluation proprement dite**

CONCLUSION

De nombreux efforts avec des résultats prometteurs ont été réalisés par le Ministère de la Santé et du Planning Familial avec ses Partenaires pour contribuer à l'amélioration de la survie des enfants, face aux différentes causes de morbidité et de mortalité infantiles.

Les résultats de l'EDS III (2003 – 2004) ont montré une baisse relative du taux de mortalité infanto juvénile: de 159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2003.

Pour maintenir ces acquis, et afin d'atteindre l'Objectif du Développement du Millénaire d'ici 2015 qui est de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, de 94 pour mille à 34 pour mille, le Gouvernement Malagasy, par le biais du Ministère de la Santé et du Planning Familial a décidé de mettre en œuvre « L'introduction de la prise en charge des Infections Respiratoires Aigues, de la Diarrhée et du Paludisme au niveau Communautaire »

Ce projet requiert l'implication de la communauté, la collaboration de tous les acteurs intervenant dans le domaine de la santé de l'enfant.

Ce Guide, conçu pour servir de cadre de référence, est mis à la disposition de tous les acteurs pour la mise en œuvre effective de ce paquet minimum d'activité au niveau communautaire.

La conjugaison de tous les efforts des différents intervenants, acteurs et partenaires assure l'efficacité et la réussite de l'effectivité de l'application des droits de l'enfant.