

Programme Santé USAID/Santé Communautaire

Guide de l'Agent de Développement Communautaire



Sigles et abréviations

Sommaire

Introduction

La mortalité néonatale, infanto juvénile et maternelle constituent des préoccupations majeures des autorités sanitaires, administratives et politiques de notre pays bien que des avancées appréciables aient été réalisées. Les déterminants de cette mortalité sont bien connus. Il s'agit pour les décès des enfants de la malnutrition, du paludisme, des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës et infections de la grossesse... En ce qui concerne les décès maternels, les déterminants sont l'hémorragie, les infections, les dystocies, l'anémie...

Beaucoup de stratégies ont été développées pour lutter contre ces problèmes avec des succès enregistrés dans certaines zones et des résultats mitigés ailleurs.

Dans les pays en voie de développement, la pauvreté, les croyances et pratiques socioculturelles négatives, le bas niveau d'instruction / alphabétisation sont entre autres des facteurs d'entretien et d'aggravation de cette situation. Des approches sont mises en œuvre par la plupart des programmes de santé de la reproduction et de survie de l'enfant pour contourner ces obstacles par différentes stratégies :

- exécution des activités par les membres de la communauté
- adaptation des concepts-clés de survie de l'enfant à la réalité de la communauté (ressources, valeurs et pratiques)
- développement de stratégies de communication faisant appel à la réflexion, au dialogue, à la négociation et à la confiance mutuelle.
- développement des capacités individuelles et collectives des acteurs au niveau village.

Cependant un grand défi pour les agents de développement qui travaillent dans le segment communautaire du système de santé est l'adaptation d'actions novatrices à la réalité communautaire relativement aux habitudes de prise en charge et de prévention des maladies. Des initiatives stratégiques ont été proposées pour intégrer les programmes au niveau communautaire. Il s'agit de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C), de la SPNN (promotion de la mise en œuvre d'un paquet de soins préventifs pour la survie des nouveau-nés) et enfin la prévention et prise en charge systématique des difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

En milieu communautaire les attitudes et pratiques des individus sont considérablement influencées par les normes du groupe qui sont définies, communiquées et renforcées par les membres influents de la communauté et des familles. Pour cette raison, les agents d'encadrement communautaire devront appuyer la mobilisation et le renforcement de capacités des personnes-ressources et les groupes communautaires pour les inciter à analyser de façon active et critique les problèmes de santé communautaire, à identifier les stratégies locales alternatives aux problèmes et à prendre des initiatives concrètes pour les améliorer;

Les acquis en termes changements de comportements et de continuité des interventions ne sont garantis que lorsqu'il existe une communication et une collaboration loyales, franches et continues entre agents de santé des structures de santé, partenaires d'appui, acteurs communautaires et autorités locales. Cela

implique le développement de compétences de ces agents à utiliser les approches participatives de renforcement de capacités pour leur faciliter le travail avec ces communautés.

Ce guide est conçu pour être une contribution au développement des capacités des agents intervenant dans la santé communautaire. Il leur permettra de trouver des réponses alternatives à certains obstacles et difficultés souvent rencontrés dans la mise en œuvre des activités de gestion et de promotion de la santé au niveau familial et communautaire.

Note d'orientation

A. MODULE INTRODUCTIF

Sous Module A1 : Concepts clés de santé communautaire

■ Objectifs :

- Définir la communauté
- Définir la santé communautaire
- Expliquer les soins de santé primaires
- Discuter la participation communautaire

■ **Format :** Plénière, travaux de groupe

■ **Outils/technique :** Exposé et discussion

■ **Durée :** 40 mn

■ **Matériaux requis :** Manuel, marqueurs, padex, scotchs,

■ Questions

- *Qu'est-ce que la communauté ?*
- *Comment définir la santé communautaire ?*
- *Comment définir les soins de santé primaires ?*
- *Qu'est-ce que la participation communautaire ?*

■ Apports d'information

1. La communauté : Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques sociales et culturelles, économiques et politiques communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de taille et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés.

2. Santé communautaire : La santé communautaire est une approche de dispensation de soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation doublée d'autres mesures à caractère social, économique et politique.

Ce sont des soins de santé primaires de premier niveau offerts à une population géographiquement définie par des personnes relevant de plusieurs disciplines et

secteurs d'activités faisant largement appel à la participation des populations dans le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des activités.

3. Soins de santé primaires : Les soins de santé primaires sont des soins simples, intégrés et continus, scientifiquement valables, socialement acceptables offerts à la population à tous les niveaux du système de santé à un coût supportable. L'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous. L'OMS a recensé cinq éléments clés pour parvenir à cet objectif :

- réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle);
- intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques);
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services);
- suivre des modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes dans la direction);
- et augmenter la participation des acteurs concernés.

Le rôle des soins de santé primaires ne doit pas être défini isolément mais en relation avec les autres constituants du système de santé. Les soins primaires et secondaires, généralistes et spécialisés, ont tous des rôles importants. Ils ne sont pas mutuellement exclusifs mais nécessaires au système.

5. Participation communautaire : la participation communautaire est un processus d'autonomisation grâce auquel la communauté assume des responsabilités par rapport au diagnostic et à la résolution de ses propres problèmes de santé ?

Sous module A2 : Evolution du système de santé et de la santé communautaire

■ Objectifs :

- Décrire les grandes étapes dans l'évolution du système de santé du Sénégal
- Décrire les principales étapes dans l'évolution de la santé communautaire au Sénégal
- Expliquer l'organisation du système de santé du Sénégal

■ **Format :** Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussion

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch,

Thème 1 : Evolution du système de santé du Sénégal

■ Questions

- *Comment est structuré le système de santé du Sénégal ?*
- *Qu'est ce qui a caractérisé la politique sanitaire de 1960 aux années 1990 ?*
- *Qu'est ce qui a caractérisé la politique sanitaire entre les années 1991 et 1995*
- *Qu'est ce qui a caractérisé la politique sanitaire de 1995 à 1998*
- *Que s'est passé entre 1998 à 2010 dans la mise en œuvre de la politique de santé du Sénégal ?*

■ Apports d'informations

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux : l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire, l'échelon régional qui correspond la région médicale et l'échelon central qui correspond aux hôpitaux, services et programmes nationaux. L'organisation sanitaire s'appuie sur des infrastructures qui épousent les mêmes contours. Cette structuration est complétée par le secteur privé de santé très actif en milieu urbain. Le personnel sanitaire est insuffisant surtout dans les domaines spécialisés. Le financement du système de santé est majoritairement assuré par les populations à côté des subventions faites par l'Etat et l'apport des partenaires. Depuis 1960, ce système a connu une importante évolution qui peut être décrite en quatre étapes.

• **Des années 1960 aux années 1990**

Le système de santé était découpé en circonscriptions médicales (CM) au niveau local avec comme répondant régional l'Inspection Régionale de la Santé. Les postes de santé étaient le dernier maillon de la chaîne avec au sommet les hôpitaux dans quelques régions. En 1978, a eu lieu une importante conférence sur les soins de santé primaires (SSP) qui a jeté les bases d'une stratégie axée sur la santé pour tous en l'an 2000. Le Sénégal a adopté les résolutions de la Conférence d'Alma Ata qui

était essentiellement basée sur la participation communautaire qui devrait renforcer les actions de l'Etat pour la fourniture aux populations de soins accessibles sur le plan géographique et financier et social.

Des années 1988 à 1990, des réformes profondes ont été entreprises sur le système de santé avec la création du district sanitaire comme zone de planification opérationnelle. Ces réformes s'inscrivent sur la stratégie du scénario de développement sanitaire à trois phases préconisé par l'OMS. Le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires a défini des normes nationales de planification autour du district sanitaire, préalable à une bonne planification dans un contexte de raréfaction des ressources. En outre, le nouveau découpage du système de santé en districts met l'accent sur le Centre de santé de référence et la notion de zone opérationnelle autour de laquelle se construit le Plan de Développement Sanitaire de District (PDDS).

- **Entre les années 1991 à 1995**

Après évaluation de la pratique des soins de santé primaires, il s'avère que la participation communautaire avait montré des limites liées aux difficultés d'accès aux structures de base, la faiblesse des revenus des populations à supporter les coûts des soins et surtout l'absence de médicaments appropriés. Suite à cette situation, les gouvernements ont adopté la politique des médicaments essentiels lors de la conférence de Bamako en 1990 pour appuyer les efforts des Etats et renforcer la participation communautaire.

Après adoption de la résolution de la conférence de Bamako, le Sénégal a entrepris des réformes sur la participation des populations avec un décret de reconnaissance des comités de santé. La liste des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé est adoptée avec des révisions tous les deux ans. Parallèlement, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est restructurée et est dotée d'un statut d'autonomie provisoire lui permettant de s'approvisionner sur le marché international de génériques avec comme avantage la baisse des prix des médicaments. En même temps, une dotation initiale en médicaments essentiels génériques est réalisée pour l'ensemble des formations sanitaires. Le recouvrement des coûts est ainsi effectif à tous les niveaux du système de santé.

- **Des années 1995 à 1998**

Cette période coïncide avec la fin des premiers plans de développement sanitaire des régions et des districts sanitaires ainsi que l'évaluation de la mise en œuvre des premières réformes en santé.

Le PNDS est un plan important soutenu par des réformes très importantes et qui a deux principes importants, la participation et le partenariat. En plus ce plan a été réalisé dans le cadre de la consolidation de la décentralisation par l'adoption de nouveaux textes sur la régionalisation en 1996. La santé devient désormais un domaine de compétence transféré aux collectivités locales. En outre, d'autres réformes importantes ont été adoptées. Il s'agit de deux lois sur la réforme hospitalière portant autonomie de gestion des hôpitaux et érigeant les hôpitaux en établissement public de santé (EPS). Le financement de la santé n'a pas été en reste

avec l'avènement des mutuelles de santé et la restructuration des Institutions prévoyance maladies (IPM). Tout ceci pour accompagner le principe d'autonomie de gestion des hôpitaux et améliorer l'accessibilité et la protection sanitaire des populations. Plusieurs textes ont été pris à la suite de cette importante réforme hospitalière : il s'agit notamment de la charte du malade, du système de tarification des actes, de l'adoption de la carte hospitalière, de l'instauration des projets d'établissement, de la classification des hôpitaux par niveau, etc.

- **Des années 1998 à 2010**

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) 1998-2002 correspond à la phase 1 du PNDS. Il s'agit du 1^{er} plan sectoriel du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) et de l'Etat. La santé a donc été prise comme champ d'expérimentation de l'approche programme pour son extension dans tous les secteurs. Les objectifs du PDIS sont de réduire la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, l'indice synthétique de fécondité; et améliorer le cadre de vie des familles les plus démunies.

La période 2004-2008 correspond à la mise en œuvre de la phase 2 du PNDS suite l'évaluation de la phase 1 ou PDIS. Mais auparavant et suite aux difficultés de mise en œuvre, d'autres réformes et mesures ont été adoptées. Elles se résument comme suit :

- améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité ;
- renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement ;
- améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé ;
- améliorer les capacités institutionnelles du secteur ;
- promouvoir le partenariat ; renforcer le suivi-évaluation de la performance ;
- améliorer les mécanismes de financement de la santé.

Cette même période est caractérisée par l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ils découlent de la déclaration du millénaire adoptée en septembre 2000 par les gouvernements de l'ensemble des 189 Etats membres des Nations Unies. Il y'a 8 objectifs quantifiés et situés dans le temps, visant à améliorer sensiblement la condition humaine d'ici à 2015. Les OMD intéressant directement le secteur de la santé visent la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la maîtrise de la progression du VIH/sida et du paludisme et l'inversion des tendances concernant ces maladies.

Thème 2 : Evolution de la santé communautaire

■ **Questions**

- *Comment la santé communautaire a évolué au Sénégal de la période avant indépendance à nos jours ?*

■ **Apports d'informations**

L'évolution de la prise en charge de la santé des communautés est marquée au Sénégal par trois grandes étapes :

1. La prise en charge intégrale de la santé des populations par l'Etat providence (d'avant l'indépendance).
2. Les soins de santé de base : c'est une expérience de prise en charge de la santé au niveau communautaire. Elle consistait à former des de matrones, des secouristes, des animateurs polyvalents et des hygiénistes communautaires en leur dotant de caisse de médicaments. A l'époque, il n'existait que des pharmacies villageoises et des maternités rurales.
3. Les soins de santé primaire : Après partage et évaluation de l'efficacité des soins de santé de base, la communauté internationale sous la houlette de l'OMS a adopté le 12 septembre 1978 la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

En 1980, le gouvernement du Sénégal, avec l'appui des partenaires, a adopté la santé communautaire comme stratégie d'appoint pour faciliter un meilleur accès à des soins pour tous. C'est ainsi que, l'approche de soins de santé communautaire par le biais des cases de santé a commencé par prendre de plus en plus de l'ampleur avec le projet santé rural USAID, les ONG, l'Institut de Pédiatrie Sociale de Khombole...

En 2006, l'USAID s'inspirant de l'expérience des cases de santé développée par les ONG a mis en place un programme d'extension des cases de santé sur tout le territoire national avec un paquet de services minimum offerts.

Des interventions de santé communautaire sont développées par la suite comme le PAIN, la PCIME/C entre les années 1995 et 2000. Ces stratégies étaient déroulées dans les quartiers de villes et villages en dehors des structures de santé et coordonnées par les agents de santé et les partenaires.

Thème 3 : Organisation actuelle du système de santé

■ Questions

- *Comment le système de santé est-il actuellement organisé ?*
- *Comment le personnel soignant est-il structuré ?*
- *Comment le système de santé est-il financé ?*

■ Apports d'informations

Le système de santé du Sénégal se forme sous forme de pyramide à trois échelons.

- **Le niveau central** : Le niveau central comprend : le cabinet du ministre, les directions et services rattachés, les programmes et les centres hospitaliers nationaux.
- **Le niveau régional** : Le niveau régional est le niveau intermédiaire. Il est découpé en régions administratives auxquelles correspondent des régions médicales (14 RM). Chaque région médicale est gérée par un médecin de

santé publique qui anime une équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. La RM assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.

- **Le niveau périphérique :** Le niveau périphérique est découpé en districts sanitaires. Le Sénégal comprend au total 76 districts sanitaires. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Chaque district est dirigé par un médecin-chef et comprend au moins un centre de santé et un réseau de postes de santé urbains ou ruraux. Dans certains districts sanitaires, il existe un établissement public de santé. Les postes de santé sont implantés dans des communes, chefs-lieux de communauté rurale ou villages relativement peuplés. Le poste de santé est dirigé par un infirmier-chef de poste ou une sage-femme. Il est responsable de la mise en œuvre et du suivi de toutes les activités de santé initiées dans sa zone de couverture.

Pour atteindre les communautés de base les postes de santé s'appuient sur les infrastructures communautaires existantes, telles que les cases de santé ou les maternités rurales. Elles sont ouvertes dans les villages non pourvus en postes de santé selon des critères. Les cases de santé sont la propriété des communautés qui les construisent ou avec l'aide des partenaires au développement. Elles sont gérées par les acteurs communautaires (comité de santé, ASC, matrones, relais, BG).

Le rôle des acteurs communautaires consiste à mettre en œuvre les soins curatifs de base, des activités de promotion de la santé et la mobilisation communautaire.

- **Le secteur privé :** Le système de santé au Sénégal intègre également le secteur privé : il faut distinguer le privé lucratif et le privé non lucratif. Le privé de santé lucratif est fortement concentré dans la région de Dakar qui, à elle seule concentre au moins 80% de ces infrastructures sanitaires. Elles sont composées de cliniques privées, cabinets médicaux, officines et la médecine et pharmacopée traditionnelle. Le privé non lucratif est composé des formations sanitaires du privé confessionnelles, les ONG et Associations du secteur de la santé, etc.

Au total ce sont donc près de 2000 cases de santé, 913 postes de santé, une soixantaine de centres de santé (y compris les hôpitaux de district) et 20 hôpitaux. Le secteur libéral compte 31 cliniques privées, 202 cabinets de médecine générale et 144 cabinets de médecine spécialisée. Cependant, pour améliorer la couverture adéquate des populations, les écarts restent encore importants par rapport aux normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2008, le ratio de couverture était de 1 poste de santé pour 11000 habitants contre 1 pour 10000 (OMS), 1 centre de santé pour 172000 habitants contre 1 pour 50000 (OMS) et 1 hôpital pour 517000 habitants contre 1 pour 150000 (OMS).

- **Le personnel sanitaire** : Le personnel de santé est spécialement caractérisé par un important déficit surtout au niveau les zones difficiles d'accès et éloignées de Dakar. Selon le plan national de développement sanitaire (2009-2018), une des causes est l'instabilité du personnel est le manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat. Il s'y ajoute l'absence d'un plan de relève. Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones (indemnités d'éloignement, contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles). Toutefois, elles sont restées au stade expérimental et méritent, par conséquent, d'être poursuivies et renforcées.

Le déficit en personnel soignant par rapport aux normes du PNDS intéresse les sages-femmes. En effet, les ratios personnel/population sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 sage-femme pour 3623 FAR (Femme en Age de Reproduction) à 1 sage-femme pour 3946 FAR dans le secteur public alors que pour les infirmiers, ils passent de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants. Cette situation intervient dans un contexte de décentralisation de la formation des infirmiers et du renforcement des capacités des Instituts de formation du privé. Le déficit noté chez les sages-femmes s'explique, selon le PNDS, par l'insuffisance des effectifs formés mais également par les départs pour des raisons de retraite ou autres migrations, phénomènes jusque-là non maîtrisés. Pour les médecins, par contre, on note un progrès avec un ratio qui passe de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Cette progression (41%) est encore plus nette si on tient compte du secteur privé. Des progrès importants restent à faire en matière de formation initiale et continue des personnels de santé.

- **Financement du système de santé** : Comme beaucoup de systèmes de santé de pays en développement, le système de santé sénégalais est caractérisé par la prépondérance du paiement direct des usagers qui représente 95% des dépenses privées, soit 55% des dépenses totales. L'assurance maladie est peu développée. Elle ne couvre en effet que 15% de la population dont la moitié est constituée de familles des salariés du privé. Cette assurance maladie obligatoire est gérée par les Institutions de Prévoyance Maladie, où salariés et employeurs cotisent à part égale. Le régime sénégalais de sécurité sociale vise tous les risques sauf la maladie et le chômage. Le risque maladie n'est pas garanti dans le cadre du Code de la sécurité sociale mais dans les dispositions du code du travail.

Par ailleurs, il existe au Sénégal, un système de protection sociale embryonnaire et constitué de l'adjonction de dispositifs hétérogènes de type mutuelles ou micro-assurance santé destinés à différents groupes minoritaires de population. Trop peu de mutuelles de santé sont créées depuis 1998 : il n'y aurait pas 200 mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire dont très peu sont fonctionnelles et viables. Cette situation est due essentiellement à l'insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles, le faible taux de pénétration des mutuelles communautaires, la faiblesse de la

capacité contributive des membres, la faible capacité en gestion administrative et financière des administrateurs, l'étroitesse des bases d'implantation des mutuelles de santé, le faible taux de recouvrement des cotisations. Le ministère de la santé (MS) a élaboré un plan de développement des mutuelles de santé (PSDMS) depuis 2005 ainsi qu'un plan d'action pour la mise en œuvre. L'objectif général du PSDMS est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé.

- **La politique de subvention des programmes de santé :** Depuis quelques années, l'Etat a intensifié la politique de subvention à certaines prestations de services jugées prioritaires telles que le dépistage et traitement du SIDA, les accouchements par césarienne, le dépistage et traitement du paludisme simple, les médicaments contre la tuberculose, la prise en charge du troisième âge et bientôt la prise en charge de certaines maladies à soins coûteux telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires etc. Cependant, la mise en œuvre de ces programmes se fait en général de façon désordonnée et posent de sérieux problèmes au fonctionnement des formations sanitaires publiques car entraînant une baisse des recettes et par conséquent une diminution des primes de motivation et des possibilités de fonctionnement.

Sous module A3 : L'équipe de santé communautaire

■ Objectifs :

- Décrire la composition des équipes de santé à tous les niveaux du système de santé
- Décrire les structures de gestion de la santé à chaque niveau et leur mode de fonctionnement

- **Format :** Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs,

Thème 1 : Equipes de santé

■ Questions :

- *Comment est composée l'équipe de santé au niveau du district ?*
- *Comment est composée l'équipe de santé au niveau du poste de santé ?*
- *Comment est composée l'équipe de santé au niveau de ma case de santé et du site ?*
- *Quel sont les rôles des agents d'encadrement aux différents niveaux du district ?*

■ Apports d'informations

La gestion des programmes et activités de santé communautaire appelle la contribution de plusieurs acteurs. Ce sont les responsables du district, les acteurs du niveau communautaire et les agents des projets et programmes d'appui (ONG, PSSC, PRN, ...).

- ***L'équipe de santé communautaire au niveau district*** sanitaire est composée de l'équipe cadre de district et l'équipe du poste de santé. Elles sont appuyées à tous les niveaux par les équipes des programmes d'appui.
- ***Equipe Cadre de District (ECD)*** : Elle est responsable de la planification et du suivi de la mise en œuvre des interventions communautaires. L'équipe cadre du district est dirigée par le médecin chef du district qui valide les activités de formation et de recyclage. Elle est responsable de la supervision et du suivi des activités au niveau des structures et zones opérationnelles du district. L'ECD est composée du MCD, du Superviseur SSP, de la Coordinatrice S R, du Responsable Education, Information et Promotion de la santé et du Point focal Nutrition
- ***Equipe du poste de santé*** : L'équipe du poste de santé comprend l'ICP qui la dirige, la Sage-femme et le comité de santé.

L'ICP prend en charge les besoins des populations en matière de soins et prévention. Il participe à l'évaluation rapide des organisations communautaires de base, la validation de la liste des acteurs communautaires choisis par les

communautés, la planification des sorties de supervision des acteurs communautaires, la programmation des sorties de stratégie avancées au niveau des cases de santé de sa zone de responsabilité et l'organisation des réunions autour du poste et des réunions d'autoévaluation.

La Sage-femme prend en charge la santé de la mère et de l'enfant. Elle appuie ou supplée l'ICP dans les stratégies avancées. Elle est responsable de la formation des matrones.

Le Comité de santé de santé du poste est élu par les populations et capacité par les ICP et / ou le partenaire. Il gère les fonds générés par les activités du poste de santé, appuie l'ICP dans la mise en œuvre des activités qui touchent la promotion de la santé et la mobilisation communautaire.

➤ ***Equipe de santé de la case*** :_Elle est composée d'ASC, de Matrones, ASC/Matrones, de Relais communautaires, de DSDOM et de Bajenu Gox .

L'ASC est un homme ou une femme choisi par sa communauté, chargé de fournir des soins de base dans une structure de santé communautaire (case de santé), de dispenser des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté.

La Matrone est une femme choisie par sa communauté chargée d'assister la mère pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, de dispenser des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté.

L'ASC/Matrone est une femme volontaire choisie par sa communauté et formée pour les tâches d'ASC et de matrone

Le Relais communautaire est un homme ou femme chargé d'assurer le lien entre la communauté et la structure de santé à travers la mise en œuvre d'activités préventives et promotionnelles en vue de contribuer de façon durable aux objectifs de développement de sa communauté.

Le DSDOM est un homme ou femme volontaire choisi dans un village ne disposant pas d'une case et éloigné du poste de santé, formé pour fournir à domicile un traitement antipaludique (extension du service aux IRA et diarrhée).

La Bajenu Gox est une femme volontaire choisie par les membres de sa communauté pour soutenir les relais communautaires dans la réalisation de leurs tâches et influencer positivement sur les décisions des ménages et des autorités en matière de santé.

➤ ***Agents d'Encadrement Communautaire***

Plusieurs acteurs interviennent au niveau communautaire pour appuyer et suppléer des ICP et les collectivités locales dans les missions d'encadrement et de mobilisation des populations pour la promotion de la santé. Il s'agit de :

L'Agent de Développement Communautaire (ADC) : Tout agent qui encadre directement les acteurs communautaires au niveau des cases et des sites dans l'aire d'un ou de plusieurs postes de santé est appelé ADC.

Le Responsable de zone (RZ): Il coordonne le travail des agents de développement communautaire intervenant dans l'aire du poste de santé ou d'un district sanitaire.

Le Point focal de la santé communautaire du district : il est nommé par le médecin chef de district parmi les membres de l'équipe cadre de district. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans le district en rapport avec les responsables de zone.

Le Point focal de la santé communautaire de la région médicale : il est nommé par le médecin chef de la région parmi les membres de la division régionale des soins de santé primaires. Il coordonne toutes les activités de santé communautaire dans la région en rapport avec les points focaux des districts.

L'Agent de santé communautaire(ASC) : est chargé de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté.

La Matrone : est chargée d'assister la mère pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, de dispenser des soins préventifs et promotionnels dans sa communauté.

Le Relais communautaire : est chargé(e) de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, les activités préventives et promotionnelles dans sa communauté.

Le Dispensateur de soins à domicile (DSDOM) : est une personne formée, équipée et dotée de médicaments qui est capable de poser certains diagnostics et de délivrer le traitement approprié à domicile.

La Bajenu Gox : est marraine de quartiers ou de villages, elle fait la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire.

➤ **Acteurs de soutien**

Le Comité de santé : est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires. La participation des populations à l'effort de santé publique à travers les comités de santé a fait l'objet du décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique.

Le Comité de gestion : en application de la loi 96-07 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, le décret 96-1135. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres et postes de santé. Il existe un comité de gestion pour le centre de santé et le poste de santé.

Organisation communautaire de base : est un groupement humain installé au niveau communautaire par des personnes qui vivent ensemble et qui ont des buts et des intérêts communs. Il s'agit d'une entité à la base qui gère, organise et administre des biens communs, des ressources et un espace en vue d'atteindre des objectifs fixés par la communauté elle-même sans aucune contrainte. Entrent dans cette catégorie les groupements de femmes, les associations sportives et culturelles.

La case de santé : est une petite structure de soins dans un village, où exerce un agent de santé communautaire, formé par un infirmier sur les pratiques de soins (désinfections, pansements, prise en charge de certaines pathologies fréquentes : diarrhée aiguë, paludisme simple, infection respiratoire aiguë, la mise en place de programmes de prévention...). Lorsque cela est possible, une matrone est aussi formée par une sage-femme, les accouchements pouvant ainsi se dérouler dans la case de santé avec respect de toutes les mesures d'hygiène nécessaires. La case de santé est entièrement gérée par les communautés. Son fonctionnement est assuré essentiellement par les recettes tirées de la participation financière des populations. La motivation de l'agent de santé (et de la matrone) est assurée par une participation communautaire (champ communautaire ou cotisation) ; et un comité de santé veille au bon fonctionnement de la case.

Le Site communautaire : est un lieu aménagé en dehors des structures sanitaires où la population reçoit un paquet de services délivrés par les agents de santé communautaire.

Module A4 : Les grands défis et stratégies nationales (PECADOM, PBG, FBR, gratuité des médicaments/services, CMU)

■ Objectifs :

- Expliquer les enjeux des objectifs de la composante santé pour le développement du millénaire la composition des équipes de santé à tous les niveaux du système de santé
- Décrire les enjeux de l'accessibilité aux soins
- Expliquer le défi du contrôle /pré-élimination du paludisme
- Expliquer le défi de l'amélioration de la prévalence contraceptive pour la lutte contre la mortalité maternelle
- Décrire l'importance de la qualité de l'offre de services
- Expliquer le défi de l'amélioration de la santé de mère, du nouveau-né et de l'enfant
- Décrire les principales stratégies nationales de mise en œuvre de la politique de santé

■ **Format :** Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs,

Thème 1 : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé

■ Questions

- *Quels sont les objectifs de la composante santé concernés par le développement du millénaire ?*
- *Comment ces objectifs pourraient impacter sur le développement du pays ?*

■ Apports d'informations

La santé est concernée par les OMD 4 et 5, relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile et l'OMD 6 pour la lutte contre les maladies (paludisme, tuberculose et VIH/Sida)..

Le Sénégal est en pole position pour l'OMD 6 parce que disposant "de programmes qui ont fait d'excellents résultats, notamment les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Vih/Sida mais par contre en ce qui concerne la santé maternelle et infantile, les résultats sont encore très timides. Les interventions au niveau communautaire constituent une stratégie essentielle pour

booster les indicateurs de couverture et comportements à haut impact sur la mortalité maternelle et infant juvénile afin d'infléchir la tendance actuelle.

Thème 2 : Accessibilité aux soins

■ Questions

- *Quels sont les facteurs qui limitent l'utilisation des services de santé au Sénégal ?*
- *Quel est l'impact de la faible utilisation des services de santé sur la promotion de la santé des groupes vulnérables ?*

■ Apports d'informations

L'utilisation des structures de santé par les femmes enceintes, pendant la grossesse, l'accouchement ou dans le post-partum, est encore timide au Sénégal. Le même constat de sous-utilisation des services est également fait dans l'offre et la satisfaction des besoins en planification familiale ainsi que le suivi des nouveau-nés et des enfants.

Les difficultés liées à l'accessibilité aux soins relèvent de plusieurs facteurs :

- Facteurs socioculturels qui retardent le recours aux soins ;
- Problèmes financiers pour accéder aux services de santé maternelle et infantile du fait d'une tarification en fonction du niveau de la structure dans le système de santé ;
- Limite géographique dans certaines zones du à l'éloignement et l'inexistence d'un système performant de transport.

Thème 3 : Contrôle /pré-élimination du paludisme

■ Questions

- *Quels sont les acquis dans la lutte contre le paludisme au Sénégal ?*
- *Par quels moyens/stratégies, le Sénégal a obtenu ces acquis ?*
- *Comment faire pour maintenir ces acquis en perspective d'un meilleur contrôle du paludisme ?*

■ Apports d'informations

Le paludisme occupe une place de choix dans le cadre de la lutte contre la maladie. En effet, le Sénégal a mis en place dès 1995 un Programme National de Lutte contre le Paludisme et a élaboré trois plans quinquennaux stratégiques 1996- 2000, 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015.

La mise en œuvre des plans stratégiques a permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 35,72% de cas cliniques en 2001 à 3,07 % de cas confirmés en 2009. Dans la même période, la mortalité proportionnelle est passée de 29,72% à 4,41 %. Malgré les efforts consentis, le paludisme reste encore une menace pour la population en général et les enfants en particulier. Le défi majeur est de maintenir les acquis et développer des stratégies novatrices vers la pré-élimination.

Thème 4 : Amélioration de la prévalence contraceptive pour la lutte contre la mortalité maternelle

■ Questions

- *Quel est l'indice synthétique de fécondité actuel au Sénégal ?*
- *Quelle est la prévalence contraceptive actuelle ?*
- *Quelles sont les conséquences de cette faible prévalence contraceptive sur la santé des mères et des enfants ?*

■ Apports d'informations

Au Sénégal, le taux de fécondité reste élevé malgré une légère baisse observée ces dernières années. L'indice synthétique de fécondité était de 6 en 1992 (EDSII); 5,3 en 2005 (EDS IV) et 5 en 2010 (EDS V). Cette fécondité est plus élevée en milieu rural 6,3 enfants par femme contre 3,9 enfants par femme en milieu urbain. Cette fécondité est également précoce et estimée à 93‰ chez les adolescentes.

La fécondité élevée contraste avec une prévalence contraceptive faible qui est de 12% pour les méthodes modernes au Sénégal alors que 90% de la population connaissent au moins une méthode moderne de contraception (EDS V). Les besoins non satisfaits restent importants et sont estimés à 29,4% (EDS V). Dans le cadre du Plan Engage, le Sénégal a décidé de relever la prévalence contraceptive à 27%.

Thème 5 : Qualité de l'offre de services

■ Questions

- *Quels sont les éléments de qualité des soins ?*
- *Quel est l'enjeu de la qualité des soins dans la promotion de la santé ?*

■ Apports d'informations

Les difficultés liées à la qualité des soins constituent un enjeu majeur dans le système de santé. Les services de santé maternelle, néonatale et infantile sont offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, le paquet de soins offert varie selon le niveau de la structure dans le dispositif de santé. Chaque niveau de la pyramide sanitaire a la prérogative de dispenser un paquet de services bien définis en fonction du plateau technique disponible et de référer au niveau supérieur de la pyramide en cas de besoin.

L'insuffisance du personnel qualifié, l'inégale répartition du personnel qualifié, la précarité des plateaux techniques dans les structures de soins, la non disponibilité des médicaments et produits de soins, la formation et la supervision du niveau communautaire par les prestataires de santé sont autant de facteurs de non qualité qui demeurent des obstacles à l'atteinte des OMD.

Thème 6 : Amélioration de la santé de mère, du nouveau-né et de l'enfant

■ Questions

- *Quelles sont les principales causes de mortalité maternelle ?*

- *Quelles sont les principales causes de mortalité infanto juvénile ?*
- *Quelles sont les principales causes de mortalité néonatale ?*
- *Que représentent les décès de nouveau-nés dans la mortalité infantile ?*
- *Quelles stratégies pour infléchir la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ?*

■ Apports d'informations

Au Sénégal, l'amélioration de la santé maternelle et infantile constitue un élément essentiel de la politique globale de santé. La lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles demeure une priorité nationale de santé et est bien définie dans les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS).

Selon la dernière EDS, l'estimation de la mortalité maternelle est de 392 en 2010-2011 (EDSV) avec des disparités entre le milieu urbain et le milieu rural. Les causes directes de décès sont dominées par les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les accouchements difficiles, les infections, les avortements ...

La mortalité néonatale est définie par le décès de nouveau-nés nés vivants survenant au cours des 28 premiers jours de la vie. La mortalité néonatale représente la quasi moitié de la mortalité infantile dont le taux est passée de 61‰ à 47‰ entre 2005 et 2010. De même, la mortalité infanto-juvénile a régressé passant de 121‰ en 2005 à 72‰ en 2010. Des disparités existent entre le milieu urbain et rural et selon les régions du pays. Elle est plus importante dans les régions Sud du pays. Les causes de décès des nouveau-nés sont généralement dues au petit poids de naissance, à l'asphyxie et à l'infection.

Thème 7 : Stratégies nationales

■ Questions

- *Quelles sont les principales stratégies nationales de mise en œuvre de la politique de santé ?*
- *Quels sont les objectifs de la PECADOM ?*
- *Que vise la couverture maladie universelle ?*
- *En quoi consiste la politique de Gratuité des services, produits et médicaments ?*
- *En quoi consiste le programme « Bajenu gox » ?*
- *En quoi consiste le Financement Direct ?*
- *En quoi consiste le Financement Basé sur les Résultats ?*
- *En quoi consiste le Plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route pour la lutte contre la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales*

■ Apports d'informations

L'Etat a défini différentes stratégies pour adresser les différents défis sanitaires. Parmi elles, il y a :

- **La PECADOM** : La stratégie de Prise en Charge Domicile des cas (PECADOM) vise à réduire les difficultés d'accès géographique aux services de santé dans certaines zones. Au Sénégal, 59,6% des villages sont à plus de 5 km des services de santé (2008). La PECADOM est mise en œuvre par des agents communautaires appelés Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM) formés et supervisés par les agents de santé. Initialement

destinée à la prise en charge du paludisme, la PECADOM a été élargie au traitement de la diarrhée et de la pneumonie en 2013.

- **La Couverture Maladie Universelle (CMU) :** La stratégie nationale d'extension de la couverture universelle du risque maladie des sénégalais vise l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages. Les axes de développement de la stratégie sont la pérennisation des politiques de gratuité, l'assurance maladie obligatoire et l'innovation en matière de mutualisation du risque maladie.
- **Gratuité des services, produits et médicaments :** Au Sénégal, les initiatives de gratuité ont débuté dans les années 1990 avec le PEV, puis se sont étendues à d'autres programmes parmi lesquels : la gratuité des ACT et TDR, les ARV, les antituberculeux, les Aliments Thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage de la cible 0-5 ans, la césarienne etc. En 2013, le programme de gratuité est élargi aux soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans qui s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle, qui est une option prioritaire du gouvernement du Sénégal.
- **Le Programme Bajenu Gox (PBG) :** Le Programme Bajenu Gox est une approche communautaire qui s'inscrit dans la perspective d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal et atteindre les OMD 4 et 5 en 2015. L'objectif principal du programme est d'accroître l'utilisation des services de santé par les enfants de 0 à 5 ans et les femmes et la couverture maladie universelle. A travers un système de parrainage, les marraines de quartiers ou de villages appelées « Bajenu Gox » utilisent leur influence pour promouvoir la recherche précoce de soins et la mobilisation communautaire pour la résolution des problèmes de santé.
- **Financement Direct (FD) et Financement basé sur les résultats (FBR) :**
 - **Financement direct :** Le but du mécanisme de financement direct est de contribuer à l'adaptation des modalités d'assistance de l'USAID/Sénégal pour renforcer la décentralisation des services de santé et la gestion axée sur les résultats dans le secteur de la santé conformément aux orientations du PNDS 2009-2018. L'objectif global est de développer un mécanisme de financement direct que les agences d'exécution de l'USAID vont utiliser pour appuyer directement les structures opérationnelles du Ministère de la santé et de l'Action Sociale. L'USAID/Sénégal va bâtir sur les leçons tirées de cette expérience pour étendre ultérieurement l'utilisation du mécanisme d'assistance directe dans le secteur de la santé.

A moyen terme (2 à 3 ans), il s'agit de développer un mécanisme commun de financement direct qui est articulé aux orientations du PNDS et du CDSMT pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Quatre (4) objectifs spécifiques sont visés par le FD: contribuer au renforcement de la décentralisation des services de santé ; améliorer le processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre des interventions sanitaires à tous les niveaux du système de santé publique ; améliorer la transparence et l'obligation de rendre compte dans le secteur de

la santé ; renforcer les capacités de gestion des régions médicales, des districts sanitaires et des acteurs locaux de la santé.

Les résultats attendus de l'introduction et l'extension du financement direct sont : une part plus importante des ressources d'assistance de l'USAID est transférée directement aux bénéficiaires pour renforcer la décentralisation des services de santé au Sénégal ; les capacités de planification, de mise en œuvre et de gestion des régions médicales et des districts sanitaires sont renforcées ; la transparence et les capacités de rendre compte de l'utilisation des ressources et des résultats sont renforcées au niveau régional et des districts sanitaires.

- **Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) :** c'est une approche d'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé. Il s'agit du « Transfert d'argent ou de biens matériels en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance » ; (Eichler & Levine, 2009). Au Sénégal, le FBR vise l'amélioration de la performance des districts ciblés dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie.
- **Plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route pour la lutte contre la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales (PALMANN / 2013-2015) :** Le plan d'accélération s'inscrit d'une part dans la dynamique de consolider les acquis obtenus dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales et d'autre part d'apporter une synergie et de l'innovation dans les différentes interventions à haut impact menées. Il traduit un modèle de continuum de services de qualité de la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les axes stratégiques du plan sont : 1) Renforcement de la sensibilisation et l'offre des services de santé en milieu communautaire pour les femmes enceintes, les accouchées et les nouveau-nés ainsi que le recours aux soins au niveau des points de prestations de services ; 2) Renforcement de la qualité des services obstétricaux essentiels et d'urgence pour la mère et le nouveau-né au niveau des points de prestations de services ; 3) Développement d'une stratégie intégrée de communication pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Sous module A5 : Stratégies de pérennisation (stratégies de transfert, renforcement capacités OCB, mécanismes d'appropriation par le système de santé, les communautés et les collectivités locales)

■ Objectifs :

- Décrire les principales étapes de la pérennisation des activités
- Décrire les principales stratégies de pérennisation des activités et des acquis d'une intervention

■ Format : Plénière

■ Outils/technique : Exposé et discussions

■ Durée : 1 heure

■ Matériaux requis : Manuel, markers, padex, scotchs,

Thème 1 : Stratégie de pérennisation

■ Questions

- *En quoi consiste la pérennisation d'une action ou d'un acquis ?*
- *Quels sont les éléments de la pérennisation ?*
- *Quelles sont les principales étapes de la pérennisation ?*
- *Quelles sont les principales stratégies de pérennisation ?*

■ Apports d'informations

• Définition

La pérennisation consiste à maintenir les actions d'amélioration après la fin d'une intervention. Elle se construit dans le feu de l'action. Elle est une force cinétique issue de toutes les étapes de l'action qui vise à maintenir l'action dans le temps.

• Éléments et enjeux de la pérennisation

La pérennisation des actions de progrès est devenue au cours de ces dernières années un véritable enjeu pour les acteurs du développement. La difficulté réside dans : la création des conditions propices, le développement des méthodes et outils approprié pour pérenniser une action de développement. C'est pourquoi, il est toujours nécessaire de maintenir les acquis des progrès obtenus au cours d'une intervention. Il se trouve aussi qu'à tous les niveaux (scientifique, développement, entreprise, action de santé...). Plus de 60 facteurs qui influencent la pérennisation ont été recensés mais il n'y a pas de consensus sur les déterminants de la pérennisation.

• Principales étapes de la pérennisation

Généralement trois grandes étapes de pérennisation sont décrites :

1. La participation effective des structures et des individus à toutes les étapes de mise en œuvre de l'intervention et la prise en compte des objectifs individuels comme ceux du projet.
2. La facilitation de la mise en œuvre de l'intervention à travers l'utilisation de moyens simples et disponibles et la capacitation des acteurs avec des méthodes simples. Elargir le modèle basé sur des moyens et des méthodes de formation simples aux autres groupes de la communauté et favoriser les liens et échanges entre les groupes.
3. L'identification des innovateurs et création des noyaux capables pour le maintien des acquis dans le temps.

- **Stratégies principales de pérennisation du PSSC**

1. Transfert de l'encadrement des cases de santé : Le transfert des cases de santé est un processus de retrait graduel du partenaire de mise en œuvre en matière d'appui, de gestion et de suivi des activités des cases de santé. Il permet à terme à la communauté, à la collectivité locale et au district d'assurer le fonctionnement des cases avec leur seul appui.

- Principaux acteurs : Le transfert sera mis en œuvre par L'ECD, l'ICP, la collectivité locale /élus locaux, les acteurs communautaires (ASC, matrone, relais, BG ...), les comités de santé du poste et de la case de santé, les leaders et personnes ressources de la communauté, les partenaires techniques et financiers.

- Etapes du transfert de l'encadrement des cases :

- Rencontre de concertation au niveau district entre ECD, ICP, PCR, équipe du projet et autorités administratives pour clarifier les principes, TDR, les rôles et responsabilités et pour sélectionner les cases objet de retrait
- Organisation d'un forum communautaire d'orientation et de négociation du plan de transfert au niveau case avec les leaders, personnes ressources, PCR, ICP, Agents du projet, comité de santé, OCB et acteurs communautaires) au niveau des cases présélectionnées. Il a pour objet d'orienter les participants sur le principe et le processus, négocier leur adhésion et engagement, définir le paquet minimum d'activités à continuer.
- Analyse des contraintes et résolution des problèmes identifiés au niveau des cases présélectionnées pour le transfert : elle a pour finalité d'identifier les cases aptes à être transférées et les appuis nécessaires avant le transfert.
- Suivi/accompagnement et documentation des cases transférées: il consiste à organiser de manière périodique une visite de suivi conjoint, pour contrôler l'effectivité de la stratégie avancée mensuelle ou bimestrielle, de la supervision mensuelle ou bimestrielle de la case et de la tenue de la réunion bimestrielle de coordination des acteurs communautaires au niveau du poste de santé

2. Renforcement de capacités d'OCB

Le renforcement de capacités des OCB a 4 objets : partager avec à ces structures le paquet de services mis en œuvre au niveau communautaires ; donner aux OCB les capacités à élaborer des plans de de communication et de plaidoyer; fournir aux OCB des informations sur la gouvernance sanitaire, la place et le rôle de la collectivité locale dans la mise en œuvre de la compétence transférée et sur le processus d'élaboration des POCL (Plan d'actions opérationnelles des Collectivités Locales); organiser ces organisations en réseaux les OCB.

3. Mécanismes d'appropriation par le système

Les mécanismes que le programme a mis en place pour favoriser l'appropriation des interventions et des acquis par le système de santé sont basés sur :

- l'intégration des équipes du programme à celles du système de santé à tous les niveaux, l'organisation de suivis conjoints des activités avec les agents de santé et les autorités administratives et locales à tous les niveaux ;
l'élaboration des supports et la mise en œuvre des formations par les acteurs du système de santé ;
- l'harmonisation des indicateurs et outils de suivi/évaluation du projet avec ceux des programmes nationaux de santé ;
- Le partage des données du niveau communautaire avec les responsables du système à tous les échelons pour leur intégration dans les rapports de postes et de districts ;
- les actions des agents du projet menées par délégation des responsables du système à tous les niveaux (poste, centre de santé district):
- la coordination avec les acteurs du système à toutes les instances
- l'appui financier et technique et à l'élaboration d'une politique nationale de santé communautaire

MODULE B. STRATEGIES D'INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

Sous module B1 : Mise en fonction d'une case ou site communautaire

■ Objectifs :

- Décrire les principales étapes de mise en fonction d'une case de santé ou d'un site communautaire

■ **Format :** Ateliers, Plénière

■ **Outils/technique :** Discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs,

■ Questions (travaux de groupe)

- *Quelles sont les étapes principales de mise en fonction d'une case ou d'un site ?*
- *Pour chaque étape, proposer le format de l'activité principale, les participants?*
- *Pour chaque activité, préciser l'objet?*

■ Apports d'informations

Une série de dix étapes basées sur les principes et buts des stratégies de renforcement des capacités a été adoptée à partir de l'expérience de plusieurs programmes de santé communautaire. Ces étapes ont pour finalité de promouvoir les communautés à être les acteurs de leur propre développement avec un accompagnement léger des partenaires.

Etape 1 : Prise de contact avec les autorités locales et administratives

- Format : Visite de courtoisie
- Participants : Préfet, Sous-préfet, Maire, PCR et MCD
- Objet : Présentation du projet et négociation de la réunion de concertation

Etape 2 : Négociation du partenariat et enrôlement de la case/site

- Format : réunion de concertation
- Participants : district sanitaire (MCD, ICP), Communauté rurale (PCR), Sous-préfecture (Chef de CADEL), projet (Chef du projet, Coordonnateurs) et les autres partenaires locaux
- Objet : sélectionner les villages à enrôler sur la base de critères objectifs (taille de la population, villages polarisés, accessibilité/poste de santé, besoin exprimé par la population, existence d'un local)

Etape 3 : Plaidoyer du programme auprès des autorités administratives, coutumières et locales

- Format : Comité de Développement Local

- Participants. Sous-préfet, Chef de CADEL, ECD, ICP, Agents du projet, Chefs de services communautaires, PCR, Conseillers ruraux, Chefs de villages, Chefs coutumiers/Notables, représentants des OCB
- Objet : sensibiliser largement sur les avantages du programme, décrire les principales étapes de la mise en œuvre et clarifier les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes du processus de gestion et de fonctionnement de la case

Etape 4 : Négociation du partenariat avec les leaders communautaires et les responsables des organisations de base

- Format : plaidoyer communautaire
- Participants : ICP, Chef de CADEL, Agents du projet, Chef de villages, Conseillers ruraux Notables, et toutes autres personnes ressources, Comité de santé, Acteurs communautaires, OCB, Partenaires locaux, ...
- Objet : Négocier le partenariat avec la communauté en précisant les avantages du programme, en clarifiant les étapes de la mise en œuvre et discutant les attentes, les rôles et responsabilités de chaque partie prenante.

Etape 5 : Sélection des acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais, Bajenu Gox) et les membres du comité de santé

- Format : réunion communautaire
- Participants : leaders communautaires (hommes, grand-mères, jeunes, et responsables des OCB)
- Objet : sélectionner des acteurs communautaires capables de mener des activités de soins, de gestion de la case et de promotion de la santé sur la base de critères prédéfinis

Etape 6 : Formation des acteurs communautaires et des membres des comités de santé

- Format : Formation théorique en salle suivie de stage pratique pour les ASC et les matrones
- Participants : ASC, matrones, relais, membres des comités de santé
- Objet : Développer les compétences des acteurs communautaires pour s'acquitter des tâches qui leur seront confiées

Etape 7: Equipement de la case de santé/site

- Format : Mise en place des équipements au niveau de chaque case de santé/site
- Participants : Chef de village, membres du comité de santé et ASC et matrones
- Objet : Doter chaque case de santé d'un équipement standard pour la rendre fonctionnelle

Etape 8 : Planification et autoévaluation mensuelles des activités

- Format : réunion
- Participants : Chef de village, leaders communautaires, comité de santé, acteurs communautaires (ASC, matrones, Bajenu Gox et relais), responsables des OCB,...

- Objet : évaluer les activités réalisées le mois précédent et élaborer le plan d'action du mois en cours

Etape 9 : Exécution des activités planifiées au cours du mois

- Format : organisation et animation des activités : IEC, pesées, soins, stratégies avancées,
- Participants : ASC, matrones, relais, membres du comité de santé, responsables des OCB, leaders communautaires,
- Objet : mise en œuvre des activités

Etape 10 : Suivi/Supervision formative des acteurs communautaires

- Format : supervision continue par compagnonnage des acteurs communautaires sous forme d'observations, d'entretiens de correction des erreurs et de renforcement
- Participants : Agents du projet, Acteurs communautaires, membres du comité de santé, responsables des OCB,...
- Objet : apporter un soutien continu aux acteurs communautaires

Sous module B2 : stratégies d'IEC novatrices (CAC/PF, cercle de solidarité des FE et cercle des futurs pères)

Thème 1 : le cycle d'action communautaire appliqué à la Planification Familiale

■ Objectifs :

- Définir le cycle de l'action communautaire
- Définir le cycle de l'action communautaire appliqué à la PF
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent le cycle de l'action communautaire
- Décrire les différentes étapes du processus de mise en œuvre du cycle de l'action communautaire appliqué à la PF

- **Format :** Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que le cycle de l'action communautaire (CAC) ?*
- *Comment comprenez-vous le cycle de l'action communautaire appliqué à la PF ?*
- *Quelles sont les principales étapes du processus de mise en œuvre de l'action communautaire ?*
- *Qu'est ce qui est fait dans chaque étape du processus de l'action communautaire ?*

■ Apports d'informations

Introduction : la participation communautaire constitue un défi majeur des programmes de développement communautaire; elle est indispensable pour l'engagement, la responsabilisation et l'autonomie des communautés et essentielle dans la promotion des soins de santé. Toutefois, la disponibilité de méthodologies simples, adaptées et d'outils appropriés, s'avère nécessaire pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des communautés.

1. Définition

Le cycle de l'action communautaire appliquée à la planification familiale est une approche participative d'éducation et de conscientisation des communautés qui consiste à les organiser en groupe de pression pour mieux négocier la prise en compte de leurs besoins en matière de PF .

2. Généralités sur la méthodologie

Les facilitateurs de la méthodologie sont les ADC, les RZ et les chargés de programme et l'ICP et/ou la SF du poste de santé de référence. Ils sont chargés, d'accompagner les membres des groupes communautaires dans le processus de

mise en œuvre des activités. Ils assurent l'animation, la mise en relation, le soutien à la participation de la communauté dans l'atteinte de leurs objectifs et la documentation des activités. L'équipe de facilitateurs analyse selon le contexte socio culturel et sanitaire les groupes communautaires concernés par le problème (affectés ou influents) et les zones les plus touchées avant d'entamer la phase préparatoire.

3. Principes généraux

- les groupes communautaires organisés dans les sites d'intervention sont les principaux acteurs de la mise en œuvre des activités;
- les groupes communautaires sont autonomes dans la réflexion et la prise en charge de leurs problèmes (SR /PF) ;
- les groupes communautaires établissent un partenariat avec les structures de santé, les collectivités locales et les autres partenaires locaux. Le partenariat est fondé sur des règles démocratiques, le consensus, l'équité et le respect de l'autre ;
- les facilitateurs des groupes sont les ADC, les RZ et les chargés de programme les ICP/SF. Ils aident au processus mais restent neutres dans tout le processus l'accompagnement (réflexion, prise de décision, négociation ou interactions avec les autorités ...)

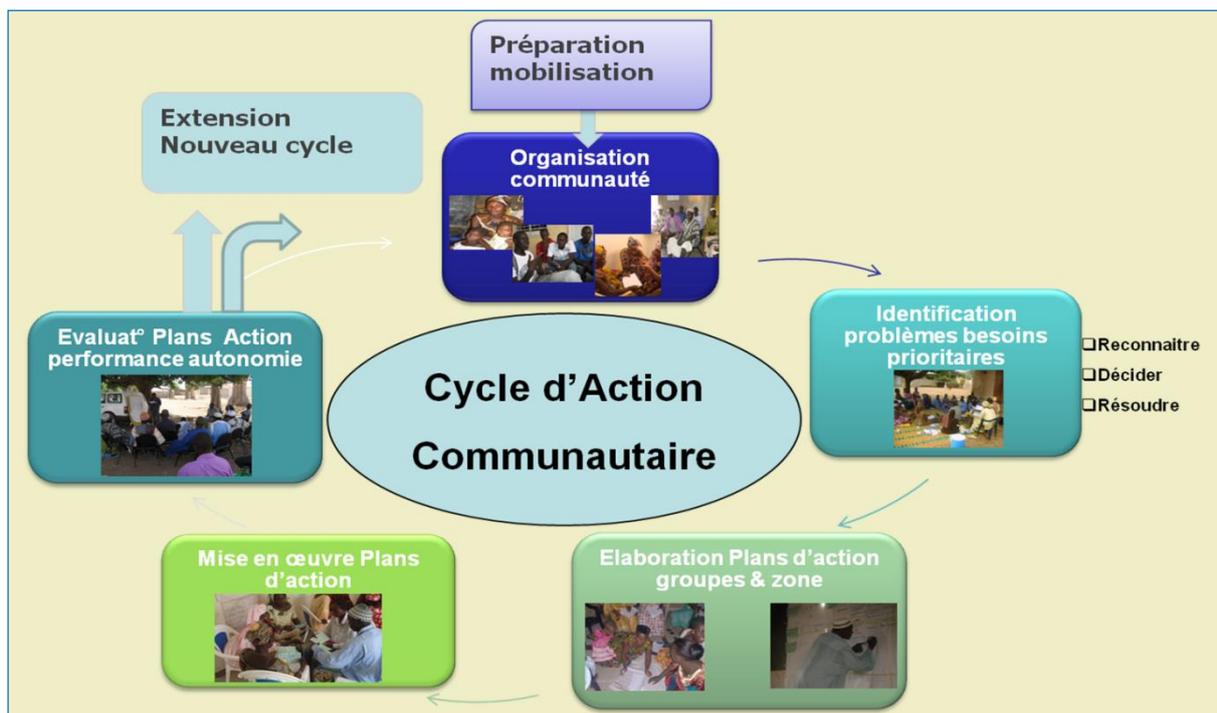
4. Démarche méthodologique

- Réflexion / conscientisation des groupes communautaires sur les 03 principaux retards à la base des décès maternels
- Capacitation et responsabilisation des membres des groupes dans la recherche de solutions et la mobilisation des ressources
- Autonomisation des membres des groupes par un transfert graduel des responsabilités

5. Processus de mise en œuvre

Phase préparatoire : concerne la sélection des sites d'intervention, le plaidoyer auprès des responsables des structures de santé, autorités administratives et communautaires et le recensement des groupes communautaires. Exemple dans le cadre des soins après avortement, 04 groupes communautaires ont été identifiés : les jeunes-mères, les adolescents, les chefs de familles (hommes) et les grands-mères.

Processus de mise en œuvre du cycle : les groupes communautaires déroulent les activités du cycle d'action suivant les 05 étapes suivantes: 1- L'organisation de la communauté ; 2. L'identification et la définition des besoins prioritaires ; 3. L'élaboration du plan d'action de la communauté ; 4. La mise en œuvre et le suivi du plan d'action ; et 5. L'évaluation participative.



- **La première étape : Organisation de la communauté**

Au niveau de chaque case et site, les groupes communautaires impliqués dans la méthodologie sont sélectionnés sur la base de critères liés à leur niveau d'organisation et à leur nature. Chaque groupe choisit deux représentants qui forment le groupe des représentants au niveau case. L'ensemble des représentants des cases/sites constituent le groupe du poste de santé. Ils ont comme rôle de soutenir, faciliter la méthodologie et d'organiser les informations. Chaque groupe communautaire est encadré par un relais et un ADC avec le soutien et du superviseur de la zone.

- **La deuxième étape : identification et la définition des problèmes et besoins prioritaires**

Les groupes sont formés pour identifier et sélectionner les problèmes ou besoins prioritaires dans la prévention des grossesses non désirées et complications liées aux saignements du 1^{er} tiers de la grossesse. Ensuite, en se basant sur les 3 retards liés aux décès maternels (1- retard dans l'identification du problème, 2- retard dans la prise de décision au niveau familiale et communautaires 3- retard dans la résolution du problème dans les structures de santé. Les différents besoins cités par les groupes de participants lors des trois sessions sont progressivement mis par ordre de priorité, avant de faire une définition finale des besoins et des problèmes prioritaires.

- **La troisième étape élaboration de plan d'action**

Les groupes élaborent leur plan d'action de groupe et de zone de poste de santé en fonction des problèmes et besoins prioritaires sélectionnés. Les solutions réalisables par la communauté sont identifiées, les activités déclinées pour une période de 2 à 3 mois, les indicateurs de réalisation, les périodes d'exécution, les lieux, les ressources déterminées. Les plans d'action zonaux doivent être validés par leurs partenaires pour faciliter la mise en œuvre

- **La quatrième étape : mise en œuvre du plan**

Les activités des plans d'action groupaux sont déroulées par les membres de groupes tandis que les représentants de groupes sont chargés d'exécuter les plans d'action zonaux des postes de santé. Les facilitateurs, encadreurs des groupes appuient le plaidoyer, les activités des groupes en fonction de leurs compétences et responsabilités et facilitent la mise en œuvre des décisions communes entre groupes communautaires – prestataires et collectivité locale.

- **Suivi de la mise en œuvre**

Durant la période de mise en œuvre, les représentants assurent le suivi des activités pour une bonne exécution. Ce suivi est fixé selon une périodicité de 15 jours pour les plans d'action de groupes et de 1 mois pour les plans d'action de zones de poste santé. Les facilitateurs apportent un suivi-accompagnement intégré aux autres activités du PSC et adapté aux besoins des groupes. Ils collectent, analysent les informations de base, rédigent et envoient les rapports d'activités d'étape au bureau de zone qui les fait parvenir à l'UCP. Ils appuient les représentants de groupes dans la collecte des informations nécessaires à la documentation et la gestion du programme.

- **La cinquième étape est l'évaluation participative**

Concerne les plans d'action groupaux et zonaux, les performances des différents acteurs et les niveaux de connaissances, d'attitudes et pratiques des membres de groupes. Chaque groupe tient une session et le groupe des représentants de la zone organise pour la zone du poste de santé. A l'issue de cette étape, les groupes enregistrent les résultats positifs, ceux et à améliorer, tirent les leçons et identifient de nouveaux besoins à adresser au 3^e cycle. Au niveau du programme, la décision de passer à l'échelle est prise aussi.

Conclusion : Après l'évaluation participative, les groupes entament un nouveau Cycle de l'Action Communautaire pour consolider les acquis du 1^{er} cycle ou adresser de nouveaux problèmes. Le but est d'atteindre l'autonomie de la communauté une fois que les mêmes groupes ont effectué au moins 3 Cycles d'Action. Selon la méthodologie, chaque cycle fait évoluer la communauté vers un niveau d'autonomisation supérieur. Les améliorations progressives apportées sur les outils

et la méthodologie permettent d'affiner, de finaliser les supports de mise en œuvre et de préparer le passage à l'échelle au niveau des autres zones géographiques.

Thème 2 : Le cercle de solidarité des femmes enceintes

■ Objectifs :

- Définir le cercle de solidarité des femmes enceintes
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent le cercle de solidarité des femmes enceintes
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation du cercle de solidarité des femmes enceintes
- Décrire les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du cercle de solidarité des femmes enceintes

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Qu'est-ce que le cercle de solidarité des FE ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier le cercle de solidarité des FE?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer un cercle de solidarité des FE?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation du cercle de solidarité des FE ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

Le cercle de solidarité est un cadre de partage d'expériences et soutien mutuel entre des femmes pour des problèmes liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

2. Justifications

- Des personnes qui partagent les mêmes contraintes de vie ou qui souffrent des mêmes maux sont généralement très réceptives aux conseils de leurs pairs
- Les témoignages de personnes ayant vécu les mêmes expériences peuvent constituer un support important pour aider d'autres personnes moins expérimentées à apprendre et adopter les bonnes pratiques

3. Principes méthodologiques

- La stratégie se fonde sur le principe de la dynamique de groupe et utilise des méthodes de la thérapie de groupe. Des sentiments d'empathie sont cultivés et renforcés pour être un support de communication et d'entraide.
- Les séances se tiennent en moyenne tous les 15 jours à 1 mois

4. Supports utilisés

- Cartes conseils
- Histoires de vie/expériences individuelles
- Chansons éducatives

5. Démarche Méthodologique Technique d'animation d'un cercle de solidarité

5.1 Première phase : Négociation communautaire de la stratégie

- Faire des visites de prise de contact avec les leaders communautaires et les femmes leaders pour les informer sur l'objet, le lieu, le jour et l'heure de la séance
- Faire une visite à domicile des FE pour les informer et les inviter. Sensibiliser les maris et les belles-mères/mères des FE au besoin.

5.2 Deuxième phase : animation de la séance avec les femmes enceintes

- Installer les FE (10 au maximum) en demi-cercle
- Saluer chaleureusement et procéder aux présentations d'usage si nécessaire
- Annoncer l'objet de la réunion
- Entonner une chanson de brise-glace en rapport avec la santé de la FE
- Demander aux FE qui avaient des problèmes la réunion précédente si elles en ont toujours
- Poser des questions ouvertes pour faire ressortir les difficultés, problèmes ou préoccupations actuelles vécus spécifiquement par les membres du groupe
- Laisser chacune exprimer librement ses difficultés
- Poser des questions sur les causes et conséquences connues ou vécues de ces problèmes/difficultés
- Donner la possibilité à chaque FE de donner son avis
- Demander à celles qui n'ont pas eu ces problèmes les stratégies adoptées pour les éviter
- Négocier avec les FE confrontées à ces problèmes la possibilité d'appliquer les solutions évoquées par les autres
- Demander aux FE moins expérimentées si elles ont besoin d'un soutien spécifique de la part d'une autre plus expérimentée pour aider à résoudre certaines difficultés
- Faire la synthèse des difficultés, leurs causes, et conséquences et solutions préconisées par le groupe en vue de l'application à la maison
- Négocier la date et le lieu de la prochaine réunion avec les FE
- Remercier tout le groupe
- Terminer la séance avec une chanson éducative en rapport la SMNI

6. Difficultés/Contraintes et solutions préconisées

- Le regroupement peut être mal vu dans certaines communautés à cause des interdits et tabous : prendre le temps de négocier avec elles et les regrouper par affinité
- La grossesse est très souvent cachée, ce qui oblige certaines FE de rejoindre le cercle à une période avancée : informer largement les femmes et les grand-mères sur l'importance pour les femmes enceintes de rejoindre le cercle le plus tôt possible.

Thème 3 : Thème : Cercle de solidarité des futurs pères

■ Objectifs :

- Définir le cercle de solidarité des futurs pères
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent le cercle de solidarité des futurs pères
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation du cercle de solidarité des futurs pères
- Décrire les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du cercle de solidarité des futurs pères

■ Format : Jeux de rôle, Plénière

■ Outils/technique : Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ Durée : 1 heure

■ Matériaux requis : Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que le cercle de solidarité des FP ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier le cercle de solidarité des FP?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer un cercle de solidarité des FP?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation du cercle de solidarité des FP ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

Le cercle de solidarité des futurs pères est un cadre de partage d'expériences et soutien mutuel entre les maris des femmes enceintes sur des problèmes liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

2. Justifications

- Des personnes qui partagent les mêmes préoccupations ou qui ont les mêmes soucis sont généralement très réceptives aux conseils de leurs pairs
- Les témoignages de maris ayant vécu des expériences similaires avec les grossesses, accouchements et suites de couches de leurs conjointes peuvent constituer un support important pour aider d'autres hommes moins

expérimentés à apprendre et adopter les bonnes pratiques de soutien à la femme enceinte.

3. Principes méthodologiques

- La stratégie se fonde sur le principe de la dynamique de groupe et utilise des méthodes de la thérapie de groupe. Des sentiments d'empathie sont cultivés et renforcés pour être un support de communication et d'entraide.
- Les séances se tiennent en moyenne tous les mois.

6. Supports utilisés

- Cartes conseils
- Histoires de vie/expériences individuelles

5. Méthodologie de mise en oeuvre

Les étapes prévues pour la mise en oeuvre de l'approche sont : la négociation communautaire, le ciblage des maris/conjoints, la négociation avec les maris et la Mise en oeuvre de la stratégie

5.1 Négociation communautaire

Pour l'implantation de cette approche, il faut négocier avec la communauté et les partenaires leur adhésion. Des réunions communautaires sous forme de plaidoyer doivent être organisées par les agents du projet en collaboration avec les agents de santé, les acteurs communautaires et les leaders communautaires (délégués de quartier, membres des comités de santé, comité de pilotage, femmes leaders...). Lors de ces réunions, les objectifs, les principes et les modalités d'organisation des activités dans la communauté sont présentés, discutés et réajustés sur la base des suggestions et contributions des groupes communautaires.

5.2 Ciblage et négociation avec les maris des femmes enceintes

- Les maris concernés sont identifiés, lors des réunions communautaires organisées par les relais et dans le cadre des cercles de solidarité des femmes enceintes.
- Les maris identifiés sont sensibilisés à travers les visites à domicile et invités à participer au cercle de solidarité.
- A la suite de ces VAD, une réunion d'explication en groupe est convoquée par le délégué de quartier ou chef de village. La réunion permet d'approfondir les discussions sur la pertinence de l'activité.
- En marge de la réunion, la périodicité des rencontres, la prochaine rencontre et le lieu sont discutés

5.3. Animation du cercle de solidarité des futurs pères

- Installer les hommes en demi-cercle
- Procéder aux salutations et présentations d'usage
- Demander les problèmes auxquels les FE sont confrontées.
- Demander pour chaque problème, les causes et les conséquences possibles sur la femme et l'enfant

- Demander pour chaque problème, les solutions possibles
- Demander aux hommes qui auraient des difficultés à mettre en œuvre les solutions proposées, s'ils ont besoin de l'aide d'un autre membre du groupe pour l'application
- Demander les différents éléments d'appui qu'une femme enceinte a besoin du mari: matériel, financier et psycho affectif, achat de tickets et d'ordonnances pour les CPN, allègement des travaux domestiques de l'épouse (lui permettre de faire venir une parente comme aide ou d'embaucher une domestique), augmentation et amélioration de sa ration alimentaire, réalisation du plan de son accouchement, appui dans la prise effective des médicaments prescrits, gestion des problèmes d'humeur.
- Au besoin introduire, un thème d'information et de discussion sur la santé de la reproduction : CPN, accouchement assisté, CPON, espacement des naissances, alimentation et travail de la FE, soins essentiels di N-Né, plan d'accouchement, signes de gravité de la grossesse...
- Après la discussion du thème, remercier les futurs pères et fixer le rendez-vous pour la prochaine séance.

6. Difficultés rencontrées

- La difficulté majeure rencontrée est la non disponibilité des maris concernés pour des raisons professionnelles. La négociation communautaire doit être le préalable pour s'accorder sur les dates et les horaires des rencontres

Thème 4: Partenariat avec les grand-mères

■ Objectifs :

- Définir le partenariat avec les grand-mères
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent le partenariat avec les GM
- Expliquer la structure et le contenu des histoires sans solution et des chansons
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation d'une séance éducative avec les GM
- Décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des séances d'animation avec les GM

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *A quoi consiste le partenariat avec les grand-mères*
- *Qu'est-ce que le cercle de solidarité des FE ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier le partenariat avec les GM?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer une séance éducative avec les GM?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation d'une séance d'animation avec les GM?*

■ Apports d'informations

1. Définition

Le partenariat avec les GM est une approche anthropopédagogique de l'éducation de l'adulte. Elle consiste à s'appuyer sur l'expérience et le rôle des GM pour développer une méthode participative d'EPS avec elles afin de négocier l'intégration des nouvelles pratiques de santé maternelle et infantile dans leurs répertoires de conseils et pratiques positifs

2. Justifications

- Les GM sont respectées pour leur âge, leur sagesse et leur expérience dans la promotion et la prise en charge des maladies;
- Les GM s'occupent de l'encadrement éducationnel des jeunes mères et des petits-fils, petites filles et sont au centre des événements familiaux (mariages, baptêmes, funérailles,...);
- Les GM gardent et protègent la maison et la famille et jouent le rôle de médiateur en cas de conflit;
- Les GM appuient les jeunes mères et leurs maris dans la gestion des travaux ménagers et la dépense quotidienne;
- De par leurs conseils et leurs pratiques, les GM influencent fortement les décisions et comportements des jeunes mères et des chefs de famille relatifs à la SMNI;
- Cependant les GM sont éduquées et formées selon le référentiel traditionnel. Par conséquent, elles conseillent et enseignent aux jeunes mères des idées et pratiques relevant du secteur traditionnel

3. Principes méthodologiques

- Elle se fonde sur les valeurs et rôles des GM pour renforcer leur capacité à apprendre de nouveaux concepts de Santé, et ainsi modifier leurs conseils et pratiques pour la promotion des bonnes pratiques de SMNI
- La stratégie consiste à organiser des séances d'animation éducative avec des groupes de GM (15 au total) à base de discussions de groupe dirigées.
- Les séances d'animation se tiennent en moyenne tous les 15 jours à 1 mois

3 Supports utilisés

- histoires sans résolution
- chansons de louanges et chansons éducatives.

4.1 Histoires sans résolution

Il s'agit de scénario portant sur le vécu des mères et grand-mères et les interactions qu'elles peuvent avoir avec les membres de la famille ou de la communauté sur un thème de santé/nutrition maternelle et infantile.

Chansons :

Deux types de chanson sont utilisés dans la stratégie. Les chansons de louanges valorisent les GM en vantant leurs rôles et attitudes vis à vis des membres de la famille et de la communauté. Les chansons éducatives sont des messages de bonnes pratiques que les GM doivent promouvoir.

5. Démarche méthodologique

Première phase: Négociation communautaire avec les leaders communautaires et les GM

- Visites de prise de contact avec les leaders communautaires et les leaders GM pour obtenir leur adhésion en les informant sur l'objet, l'heure, le lieu de l'activité) et les inviter les leaders et les relais à assister aux séances
- Faire des visites à domicile des GM pour les sensibiliser sur l'activité et les inviter

Deuxième phase: Animation de la séance avec les GM

- Installer les GM en demi-cercle
- S'asseoir au même niveau
- Saluer chaleureusement, se présenter et laisser chacune d'elles se présenter s'il y a lieu
- Donner la parole aux leaders et aux relais pour recueillir leur avis sur le déroulement de la séance et de leur appui aux GM
- Introduire le thème en valorisant le rôle des GM dans la famille et dans la communauté
- L'animateur accompagné des relais entonnent une chanson de louanges aux GM ou utilise au besoin des cassettes audio et ou autre support (la chanson sert de brise-glace et permet la mise en confiance)
- Après 3 refrains il est demandé aux GM de chanter en chœur jusqu'à assimilation de la chanson
- Ébaucher quelques pas de danse pour égayer les GM et détendre davantage l'atmosphère
- Demander aux GM ce qu'elles ressentent avec la chanson
- Ensuite procéder au récit de l'histoire sans résolution. Il s'agit d'un scénario sur le vécu quotidien de la famille et de la communauté sur un ou des problèmes spécifiques de santé maternelle, infantile ou néonatale
- Après le récit de l'histoire, ouvrir le débat en posant des questions qui accompagnent l'histoire. Ces questions sont structurées de façon à réaliser le cercle expérientiel de l'apprentissage: description des problèmes, analyse des problèmes, recherche de solutions appropriées, application/généralisation des solutions par engagement
- Terminer la séance par une autre chanson éducative qui fait le résumé des discussions

6. Difficultés/contraintes et solutions préconisées

- La mobilisation des GM à cause de leur âge: réduire le rayon
- La démobilité des GM : Eviter les histoires trop longues, prévoir bonbons et cola, prévoir judicieusement le site

NB : L'animateur doit être un bon communicateur.

Thème 5: Le groupe de soutien maternel (care group)

■ Objectifs :

- Définir le groupe de soutien maternel
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent le groupe de soutien maternel
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation d'une séance éducative avec le groupe de soutien maternel
- Décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des séances d'animation avec le groupe de soutien maternel

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *A quoi consiste le groupe de soutien maternel ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier la mise sur pied d'un groupe de soutien maternel ?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer une séance éducative avec le groupe de soutien maternel ?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation d'une séance d'animation avec le groupe de soutien maternel ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

Le groupe de soutien maternel est un regroupement de femmes d'une communauté dont l'objet est d'échanger et de s'entre aider pour la prévention et la prise en charge des problèmes de santé couramment rencontrés. Il vise à développer à l'intérieur des activités traditionnelles des groupements de femmes des activités d'IEC et de soutien mutuel à l'occasion de certains événements comme la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, la survenue de maladie grave nécessitant une évacuation sanitaire.

2. Justifications

- Il existe dans chaque communauté des réseaux sociaux informels d'information et de solidarité entre les femmes que le programme peut exploiter et renforcer
- Il existe des groupements de femmes dynamiques capables d'intégrer dans leurs activités traditionnelles des initiatives de sensibilisation et d'auto-parrainage pour promotion de bonnes pratiques de santé/nutrition.

3. Principes méthodologiques

- Renforcer l'organisation traditionnelle des femmes déjà constituées en GPF

- Renforcer les bases de solidarité et d'entraide qui existent au sein des groupes de femmes
- Faire la promotion des bonnes pratiques de SMNI identifiées au sein d'une communauté
- Partager les expériences entre femmes d'âges différents
- Le care groupe se tient en général une fois par semaine

4. Supports utilisés

- Carte conseils, boîte à images.
- Jeu W3

5. Démarche méthodologique

Etape 1 (phase préparatoire) : Constitution du groupe de soutien

- La Présidente, la matrone et les relais se rendent auprès des femmes pour les informer et négocier la création de groupe de soutien au sein du groupement
- Organiser une première réunion pour discuter des modalités pratiques de mise en œuvre des activités du groupe: dates de réunion, lieu, heures, montant des cotisations hebdomadaires, méthode de tirage des gagnants de chaque semaine, montant pour le fond de caisse, définition des cas nécessitant un appui du groupe et le montant, activités d'IEC, contribution pour les démonstrations culinaires avec apport de denrées par chaque membre,...
- Elire une présidente chargée du comité pour le suivi des activités du groupe de soutien
- Prononcer la constitution du groupe de soutien (25 femmes dont des FAR et des GM)
- Demander aux femmes de choisir librement une aînée comme marraine. sur la base de l'affinité et/ou la proximité

Etape 2 : Animation d'une séance de groupe de soutien maternel

- Installer et saluer les participantes
- Procéder à l'animation d'une causerie sur un thème en rapport avec la SMNI. Cette activité est réalisée par la matrone ou le relais
- Procéder à la démonstration culinaire et administrer le repas aux enfants. Cette activité est animée par un relais appuyé par des membres du groupe
- Récupérer des cotisations et procéder aux tirages de la gagnante du jour qui emmène avec elle des lots et la moitié du montant des cotisations

NB: Si une femme a un problème spécifique qu'elle ne peut pas dévoiler au grand groupe, elle en discute en aparté avec sa marraine pour bénéficier auprès d'elle de conseils et de VAD au besoin

Etape : 3 Fonctionnement du care group : Dès qu'une femme choisit sa marraine, cela est annoncé dans le groupe. La marraine se rend régulièrement chez la femme pour discuter avec elle sur ses problèmes de santé et ceux de ses enfants. Elle lui donne des conseils et l'assiste pour faire les CPN, l'accouchement et les consultations postnatales.

Dans le care group les femmes s'entendent sur un code tenu secret entre elles pour distinguer celle sont enceintes. Cela peut être un morceau d'étoffe porté sur un membre ou boucle d'oreilles.

Les modalités d'emprunt et de remboursement sont négociées dans le groupe. Des activités génératrices de revenus sont également menées par le groupement féminin porteur pour redistribuer une partie des bénéfices au care groupe

6. Difficultés/Contraintes/Solutions

- La mobilisation des femmes est difficile à certaines périodes de l'année (hivernage, évènements au village), planifier les activités en fonction de la disponibilité des femmes
- Retard dans le remboursement des emprunts : Trouver un système plus allégé de remboursement
- Gène éprouvé par certaines femmes à exprimer leur besoin d'assistance : Faire les emprunts par l'intermédiaire des marraines

Thème 6: Journée d'information communautaire

■ Objectifs :

- Définir la journée d'information communautaire
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent la journée d'information communautaire
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation d'une journée d'information communautaire
- Décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'une journée d'information communautaire

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *A quoi consiste la journée d'information communautaire ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier l'organisation de la journée d'information communautaire ?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer une journée d'information communautaire*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation d'une journée d'information communautaire ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

La journée d'information communautaire est une journée de marketing des services et produits de santé offerts au niveau des structures communautaires. Elle permet de toucher toutes les franges sociales de la population (autorités locales, leaders

communautaires, hommes, femmes, adolescents, enfants) en leur fournissant les informations sur l'ensemble des services et produits disponibles au niveau de la case de santé ou du site communautaire.

2. Justifications

- Les populations doivent recevoir les informations utiles sur l'ensemble des services et produits disponibles au niveau de la structure de leur localité
- Les populations ont besoin de s'assurer de la qualité des produits disponibles au niveau de la case de santé et d'avoir confiance aux acteurs communautaires chargés d'offrir les services
- Le marketing des produits et services communautaires contribue à la valorisation des acteurs communautaires et de ces derniers
- La connaissance des services disponibles et la valorisation des acteurs communautaires permettent de relever le niveau de fréquentation des cases de santé

3. Principes méthodologiques

- La JIC est organisée pour faire une large diffusion des services et produits disponibles au niveau communautaire
- Elle peut être organisée dans tous les lieux ou structures où des services de santé à base communautaire sont offerts
- La JIC peut être organisée chaque fois qu'un nouveau paquet de services est mis en place

4. Supports utilisés

- Guides, aides mémoire
- Affiches, dépliants
- Cartes conseils, boîtes à image
- Produits disponibles au niveau de la case (cotrimoxazole, ACT, SRO, MILDA, etc.)

5. Organisation de la JIC

Etape 1 : Préparation de la journée

- Informer les autorités sanitaires, locales et administratives sur la tenue de la journée
- Informer les populations de la date, du lieu et l'heure de démarrage des activités de la journée d'information communautaire
- Avoir une séance de travail avec les équipes de district dont les ICP
- Tenir des réunions préparatoires avec les acteurs communautaires (OCB, comités de santé villageois, relais, agents de santé communautaires) et les ICP

- Faire une répartition des tâches des différents acteurs dans l'organisation de la journée
- Identifier tous les supports nécessaires pour les besoins de la communication
- Confier des domaines précis à chaque acteur communautaire : par exemple i) les OCB de femmes sont chargées de la mobilisation, ii) des acteurs sont chargés de l'accueil et de l'orientation des populations ; iii) des acteurs sont chargés de donner les informations sur le paludisme (mode de transmission, signes...) et de faire la promotion des produits de prise en charge ou de prévention ; iv) des acteurs sont chargés de donner les informations sur la santé maternelle comme les consultations prénatales, la préparation de l'accouchement, l'accouchement assisté, etc.
- Affecter 2 acteurs communautaires par stand
- Avoir l'aval du district et des prestataires pour la tenue d'activités intégrées gratuites : consultation primaire curative, CNP, vaccination, etc.
- Préparer des stands pour les différents services et produits à promouvoir : par exemple un stand paludisme où sont exposés les ACT, les MILDA, des affiches sur le mode de transmission du paludisme, des affiches sur les doses d'ACT à prendre en cas de paludisme, des affiches avec une personne dormant sous moustiquaire, etc.).
- Plusieurs stands peuvent être envisagés : stand « paludisme », stand « santé maternelle/PF », stand « santé de l'enfant et du nouveau-né », stand « Hygiène et assainissement », etc.

Etape 2 : Organiser la journée

- Mettre en place les stands autour de la case de santé
- Préparer 2 salles de consultations (salle pour hommes et enfant ; salle pour femmes)
- Orienter les visiteurs par groupe de 5 vers les stands d'information ou les salles de prestations de soins (consultation curative, CPN, vaccination, etc.)
- Au niveau de chaque stand, fournir les informations utiles sous forme d'échanges
- Offrir les services disponibles demandés par les visiteurs
- Référer les visiteurs qui ont besoin d'un service non disponible au poste de santé

6. Difficultés/contraintes/solutions proposées

- La mobilisation peut être difficile : choisir la date d'organisation de la JIC avec les communautés
- Les malades qui viennent pour les consultations primaires curatives gratuites peuvent demander des médicaments : Demander aux ICP de venir avec les médicaments non disponibles au niveau de la case de santé. Bien expliquer que seule la consultation est gratuite et que les ordonnances prescrites doivent être payées.

Thème 7: Réunion d'autoévaluation/planification des activités

■ Objectifs :

- Définir la Réunion d'autoévaluation/planification des activités
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent la Réunion d'autoévaluation/planification des activités
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation d'une Réunion d'autoévaluation/planification des activités
- Décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'une Réunion d'autoévaluation/planification des activités
-

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *A quoi consiste Réunion d'autoévaluation/planification des activités?*
- *Qu'est ce qui peut justifier la réunion d'autoévaluation/planification des activités ?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer une Réunion d'autoévaluation/planification des activités ?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation d'une Réunion d'autoévaluation/planification des activités ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

La réunion d'auto évaluation/programmation est une instance de planification et d'évaluation des activités à l'échelle communautaire. Elle réunit les acteurs communautaires, les personnes ressources et les responsables des OCB pour évaluer les activités du mois en cours et élaborer le plan d'action du mois suivant.

2. Justifications

- Les outils disponibles pour la planification et l'évaluation des programmes ne sont pas généralement conçus pour un exercice de planification et d'évaluation et ne sont pas la portée des acteurs au niveau de la communauté
- Les membres de la communauté ne sont pas généralement familiarisés à une telle démarche de travail
- La réunion d'autoévaluation/programmation cherche à combler ce vide

3. Principes méthodologiques

- Regrouper les personnes ressources de la communauté (8 à 10) pour discuter les tâches qui leurs sont confiées,

- Mise en commun des savoirs locaux pour analyser le niveau d'exécution des activités et planifier les actions à mener dans le mois à venir.
- La réunion se tient tous les mois à la case de santé ou au siège du site

1. Support utilisés

- Plan d'action du mois passé
- Supports de collecte ou d'enregistrement des activités
- Canevas vierge de plan d'action avec les colonnes suivantes : Activité, dates, lieux, personnes responsables, réalisée, non réalisée, observations (analyse des contraintes et perspectives)

5. Démarche méthodologique (technique d'animation)

- Informer 2 à 3 jours avant les personnes concernées de la date, du lieu et des points de discussions
- Demander au groupe de désigner un président de séance et un rapporteur instruit ou alphabétisé
- Le président introduit la réunion et demande à chaque responsable d'activité de faire un exposé sur les activités du mois écoulé qui lui ont été confiées (un membre informé sur les activités de faire un bref exposé sur l'état d'exécution des activités du mois écoulé et les résultats obtenus dans la situation sanitaire)
- L'animateur demande aux participants de donner leur avis sur le déroulement des activités, sur ce qui a bien marché et sur ce qui a moins bien marché (procéder activité par activité en se fondant sur le plan d'action du mois passé)
- Il suscite la recherche de solutions ou d'actions correctrices aux problèmes discutés
- Mentionner sur du papier toutes les propositions des participants puis sélectionner avec eux celles qui sont réalisables à court terme avec les moyens de la communauté
- Il demande aux participants s'ils ont observé d'autres problèmes de santé dans la communauté
- Demander pour chaque activité la proposition de la date, de l'heure et du lieu d'exécution, les personnes volontaires pour l'exécution. Pour ce faire les acteurs communautaires et les personnes ressources qui habitent à proximité du lieu où l'activité est menée seront privilégiés pour éviter les longues distances de marche
- Procéder ainsi jusqu'à ce que les activités identifiées soient planifiées en tenant compte de la disponibilité de chacun et de la charge de travail humainement possible pour un membre de la communauté
- Relire le plan d'action et demander toujours aux participants de donner leur avis
- Afficher le plan d'action
- Remercier les participants et décider ensemble de la date de la prochaine réunion

7. Difficultés/Contraintes / solutions préconisées

- Réunir à la fois l'ensemble des représentants des groupes communautaires : Négociation continue de leur assiduité
- Nécessité absolue d'avoir une personne instruite dans la réunion pour la transcription du plan d'action : Ciblage de personnes instruites à l'avance
- Irrégularité des réunions : Négociation d'avance du calendrier

Thème 8: Résolution de problème de santé communautaire

■ Objectifs :

- Définir la résolution de problème de santé communautaire
- Expliquer les principes méthodologiques qui soutendent la résolution de problème de santé communautaire
- Décrire les principales étapes dans la préparation, l'organisation et l'animation d'une Réunion de résolution de problème de santé communautaire
- Décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'une réunion de résolution de problème de santé communautaire
-

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce qu'une Réunion de résolution de problème de santé communautaire ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier la réunion de résolution de problème de santé communautaire ?*
- *Quelles sont les principales actions à mener pour préparer, organiser et animer une réunion de résolution de problème de santé communautaire ?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans l'organisation d'une Réunion de résolution de problème de santé communautaire ?*

■ Apports d'informations

1. Définition

La résolution de problème de santé communautaire est une démarche systématique de travail qui consiste à identifier, analyser, rechercher et appliquer des solutions appropriées à des problèmes de santé communautaire. Dans le processus de résolution de problèmes, l'implication des différents acteurs et structures formelles et informelles communautaires est plus que nécessaire à toutes les étapes du processus.

2. Justifications

- Si les populations sont encadrées à partir d'un canevas classique qui leur permet d'identifier les principales étapes de résolution des problèmes, elles sont en mesure de maîtriser le processus et de l'appliquer systématiquement à toutes les situations similaires
- La démarche de résolution de problème permet à la communauté d'avoir un consensus sur les problèmes qui affectent leur santé et d'harmoniser leurs perceptions sur les causes, les conséquences et les solutions à appliquer.
- Les agents de développement qui ont aussi une parfaite maîtrise technique des activités de santé/nutrition, ont également besoin d'un modèle de démarche systématique qui facilite la conduite de leurs stratégies de renforcement des capacités.

3. Principes méthodologiques

- La résolution de problème est une démarche utilisée devant toute situation problématique pour faciliter l'analyse, la recherche et l'application de solutions adaptées aux conditions de vie des populations concernées
- C'est un outil structuré sur un plan mental que chaque membre de la communauté peut utiliser. Généralement l'adulte apprend à partir d'expériences qu'il a tirées dans la réalisation de ses activités. Plusieurs modèles sont souvent utilisés. Chaque modèle comporte au minimum les étapes suivantes: description du problème en terme de perception sur l'ampleur et la gravité, analyse des causes et conséquences, recherche de solutions appropriées au contexte, application/généralisation de solutions.

4. Supports utilisés

- Méthodes participatives (MARP, SARA, Cercle expérientiel de l'apprentissage adulte, Cycle de trois A,...).

5. Procédés d'utilisation de la résolution de problème

La résolution de problème s'applique à toutes activités visant à résoudre des problèmes de santé avec la pleine participation des groupes représentatifs de la communauté. Il peut s'agir de réunion communautaire, de focus groupes, de séances d'animation avec les grand-mères, de cercles de solidarité des FE, de causeries, de visites à domicile, ...

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées. L'approche classique du « cycle ou cercle expérientiel de l'apprentissage adulte » est fortement usitée dans le cadre de la mise en œuvre des interventions en santé communautaire. L'animateur devra procéder de la façon suivante:

Etape 1 : Description du ou des problèmes

Dans cette étape, l'animateur pose des questions ouvertes et des questions de relance aux participants pour les amener à exprimer les perceptions qu'ils ont du problème : vécu du problème, ampleur et gravité

Etape 2 : Analyse du ou des problèmes

Dans cette étape, l'animateur pose des questions ouvertes et des questions de relance aux participants sur les causes et les conséquences connues ou vécues sur le ou les problèmes

Etape 3 : Recherche de solutions appropriées au(x) problème(s)

Dans cette rubrique, l'animateur pose des questions ouvertes et des questions de relance aux participants sur les stratégies réalisées actuellement et dans le passé pour trouver des solutions appropriées aux conditions de vie des personnes concernées par le ou les problèmes

Etape 4 : Application/Généralisation des solutions préconisées

Dans cette partie du processus, l'animateur recherche avec les participants les possibilités d'application à travers un plan d'action et de généralisation

des solutions identifiées à toutes les personnes concernées par le ou les problèmes

6. Difficultés/Contraintes/Solutions

- Toutes les personnes ressources de la communauté ne sont pas identifiées en même temps au démarrage des activités ; ce qui contraint de fonctionner avec des personnes qui n'ont pas le même niveau de compréhension et d'engagement : Impliquer systématiquement toutes les personnes ressources dans le processus de mise en œuvre.
- Le processus de résolution de problème exige des réunions fréquentes avec l'ensemble des groupes et structures communautaires pour partager les informations et lever les goulots d'étranglement qui empêchent le fonctionnement normal des activités ; ce qui a pour conséquence de multiplier les réunions, constituant ainsi une contrainte surtout en période d'hivernage : Tenir de façon périodique des réunions communautaires.

Sous module B3 : Stratégies d'IEC conventionnelles

Thème 1: La communication

■ Objectifs :

- Définir la communication
- Décrire le schéma de communication
- Décrire les qualités d'un bon animateur d'une séance de communication
- Simuler la technique d'organisation et d'animation d'une séance de causerie

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Travaux de groupe, Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que la communication ?*
- *Quels sont les éléments du schéma de communication ?*
- *Quelles sont les qualités d'un bon animateur d'une séance de communication ?*
- *Qu'est-ce que la causerie ?*
- *Simulation en petits groupes de la technique d'animation d'une séance de causerie en salle*

■ Apports d'informations

1. Définition de la communication

C'est un processus d'échange d'informations entre plusieurs individus en vue de changer des comportements par le moyen d'un canal approprié avec un code partagé. Dans cette approche, il y a toujours un émetteur qui est le détenteur de la connaissance (information) et un récepteur qu'il cherche à convaincre afin de l'amener à ses fins.

2. Schéma de la communication

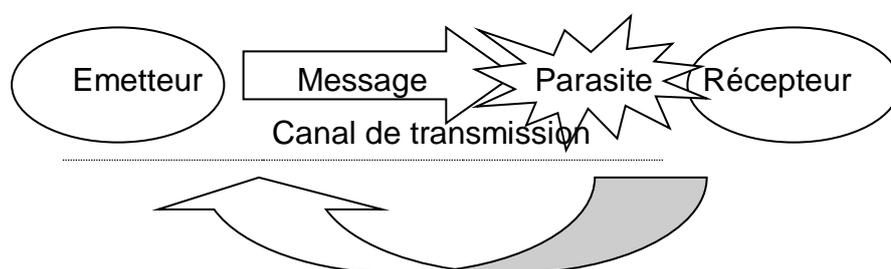
Emetteur : qui est détenteur de l'information

Canal : le moyen par lequel l'information est véhiculée

Code : la langue ou le moyen utilisé pour se faire comprendre

Récepteur : qui reçoit l'information

Feed-back : c'est la réponse ou la réaction du Récepteur à l'Emetteur



Feed-back

3. Qualités d'un bon animateur

Pour une bonne séance de communication, l'animateur doit :

- Préparer un guide de discussion avant de commencer. Ce guide doit refléter les problèmes en rapport avec le thème
- Essayer de respecter la durée maximum de 30mn à 1 heure
- Assurer une bonne ambiance dans le groupe. Pour cela, l'animateur doit :
 - Se présenter chaleureusement et demander à chaque participant de se présenter
 - Mettre à l'aise les participants
 - S'habiller correctement
 - Montrer de l'intérêt sincère à la réponse de chaque participant
 - Créer une ambiance détendue et agréable pour les participants
 - Ne pas interrompre brutalement un participant
 - Susciter la participation de chaque participant en donnant la parole à chaque participant et ne pas considérer les avis d'une ou de deux personnes comme étant ceux du groupe
 - Regarder attentivement le participant qui parle pour qu'il sache que ce qu'il dit est important
 - Chercher à diriger la discussion sans être directif afin de ramener les participants qui débordent du sujet
 - Equilibrer la discussion adroitement s'il y a des participants avec des opinions trop fortes ou qui monopolisent la parole
 - Dans la technique de poser les questions, chercher toujours à savoir le Comment et le Pourquoi des faits
 - Essayer de ne pas laisser plusieurs personnes parler à la fois
 - Rester neutre pendant la discussion, ne pas donner son propre avis pendant le déroulement de la séance mais plutôt écouter attentivement et approfondir les avis des participants
 - Avant la fin de la séance, s'assurer que certains points en rapport avec les croyances et les pratiques des populations ne sont pas oubliés.

Thème 2: La causerie

1. Définition de la causerie éducative

La causerie est une technique de communication interpersonnelle qui regroupe plusieurs personnes (10 à 20) où des informations sont discutées et chaque participant défend son point de vue jusqu'à l'aboutissement d'un consensus.

Ici, l'animateur est le catalyseur car il facilite la discussion sans prendre position par rapport au débat. Il doit nécessairement garder sa neutralité jusqu'à la fin. Cependant, il doit montrer des qualités humaines et communicationnelles qui mettent à l'aise tout le monde afin de susciter la participation. Il est possible d'utiliser un récit, une histoire et /ou des chants pendant la causerie.

2. Technique d'animation de la causerie

L'animation d'une séance de causerie comporte généralement les étapes suivantes : l'introduction, le développement et le récapitulatif.

L'introduction consiste à :

- Saluer les participants
- Se présenter et laisser chacune se présenter
- Annoncer le thème

Le développement consiste à :

- Poser des questions ouvertes, des questions de relance et des questions d'approfondissement pour amener les participants à décrire leurs perceptions sur l'ampleur et la gravité du ou des problèmes
- Poser des questions ouvertes, des questions de relance et des questions d'approfondissement pour amener les participants à pour amener les participants à analyser les causes, les facteurs favorisant et les conséquences vécus ou connus
- Poser des questions ouvertes, des questions de relance et des questions d'approfondissement pour amener les participants à décrire des solutions réalisées ou préconisées
- Susciter la discussion sur la faisabilité des solutions évoquées et les résultats obtenus.
- Faire la synthèse des réponses positives majoritaires et le compléter au besoin
- Poser des questions sur la possibilité à tous d'appliquer les solutions les meilleures et de les faire connaître à tous les habitants
- Susciter un engagement auprès des participants pour assurer l'exécution et le suivi des solutions envisagées.

Le récapitulatif consiste à :

- Poser des questions de rappel sur les causes et facteurs favorables au problème
- Poser des questions de rappel sur les solutions envisagées
- Négocier un rendez-vous pour la prochaine séance.
- Remercier les participants

Thème 3: L'entretien individuel

■ Objectifs :

- Définir l'entretien individuel
- Simuler la technique d'organisation et d'animation d'un entretien individuel

■ Format : Jeux de rôle, Plénière

■ Outils/technique : Exposé et discussions en groupes et en plénière

- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ **Questions**

- *Qu'est-ce que l'entretien individuel ?*
- *Simulation en petits groupes de la technique d'entretien individuel en salle*

■ **Apport d'informations**

1. Définition

C'est une technique de communication entre 2 personnes. Elle cherche à mettre à la disposition d'un individu des informations détaillées sur un problème ou une situation donnée et de la laisser opérer son choix après avoir discuté avec lui sur plusieurs alternatives de choix possibles.

2. Technique d'animation de l'entretien individuel

L'animation d'une séance d'entretien individuel comporte 3 étapes essentielles : l'introduction, le développement et le récapitulatif

:

a. L'introduction

- Saluer la personne
- L'inviter à s'asseoir
- Mettre la personne à l'aise
- Laisser la personne expliquer clairement le problème ou la situation.

b. Le développement

Dans cette étape, l'animateur doit :

- Essayer de reformuler dans ses propres termes le problème pour assurer à la personne que ses préoccupations sont comprises.
- Lui poser des questions ouvertes pour l'amener à faire la relation entre le problème posé et les causes possibles et autres facteurs favorisant dans son milieu de vie.
- Lui poser des questions ouvertes pour l'amener à identifier lui-même des solutions alternatives possibles
- Compléter au besoin les possibilités de solutions et décrire les avantages et inconvénients de chacune d'elles.
- Laisser la personne opérer son choix sur ce qu'il va faire en fonction des informations complémentaires reçues
- Donner des conseils supplémentaires sur la solution optée

c. Le récapitulatif

Dans cette étape, l'animateur doit :

- Demander à la personne de répéter les conseils retenus pour la solution du problème
- Lui fixer un rendez-vous et le remercier puis le raccompagner

L'entretien individuel nécessite beaucoup de qualités humaines et des dispositions communicationnelles telles que :

- Etre respectueux de la personne
- Parler lentement, clairement et de façon précise
- Ecouter activement la personne
- Mettre la personne à l'aise en renforçant toutes ses idées positives
- Utiliser des mots simples et accessibles à la personne
- Observer les réactions, gestes et mimiques de la personne afin de les intégrer dans la communication.

Thème 4: La visite à domicile

■ Objectifs :

- Définir la visite à domicile
- Simuler la technique d'organisation et d'animation d'une visite à domicile

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que la visite à domicile?*
- *Simulation en petits groupes de la technique de visite à domicile en salle*

■ Apport d'informations

1. Définition

La visite à domicile est une activité dans laquelle le relais se déplace et va rendre visite à un individu ou à une famille pour discuter de façon plus approfondie ou plus intime d'un problème de santé qui concerne cet individu ou cette famille en vue de cerner les causes et aider à trouver des solutions adaptées aux conditions de vie.

2. Justifications

C'est une activité consistant à se rendre dans une famille pour rencontrer une personne ou un groupe de personnes afin de :

- Donner des informations et/ou des conseils relatifs à un problème donné
- Aider à résoudre des problèmes de santé.
- Identifier les facteurs favorisant au niveau familial

- Trouver avec la famille des solutions idoines

3. Principes méthodologiques

La visite à domicile est à la fois une activité d'investigation en santé communautaire, d'évaluation de la situation du cadre de vie familial et de suivi de l'exécution à domicile d'un programme d'action sanitaire ou de mise en application de conseils prodigués par des acteurs de santé. Son importance réside donc dans l'opportunité qu'elle offre à l'intervenant :

- Analyser la situation qui prévaut à partir des réalités du cadre de vie familial
- Identifier les facteurs environnementaux et psychosociaux du cadre de vie
- Discuter avec les habitants sur leur perception des problèmes de santé dans leur foyer
- Apprécier la pertinence des dispositions prises par les habitants et l'efficacité des solutions
- Discuter avec les habitants en vue de l'adoption de solutions alternatives à leurs problèmes
- Inciter les personnes réticentes aux programmes sanitaires à consulter le personnel de santé (lutter contre les réticences et les rumeurs négatives)
- Encourager des personnes vulnérables à utiliser des services de santé
- Dépister des personnes sous traitement de longue durée qui ne le respectent pas (faire le suivi / relancer les irréguliers)
- Offrir des services communautaires de base (ex : Distribution de fer et de sulfadoxine/pyriméthamine aux femmes enceintes et supplémentation des enfants en vitamine A).

4. Supports utilisés

- Cartes conseils, les affiches, la boîte à images, les fascicules, les aides mémoires, photos ...

5. Procédure d'Organisation d'une VAD

L'organisation d'une VAD comporte deux phases essentielles :

- La préparation de la visite à domicile
- L'exécution de la visite à domicile (donc des activités planifiées).
- A ces deux phases, l'on peut ajouter une autre relative au traitement et à l'utilisation des données recueillies sur le terrain.

a. Préparation de la VAD

Toute visite à domicile doit faire l'objet d'une planification préalable. Cette planification des VAD s'inscrit dans le cadre de l'exécution d'un programme d'action sanitaire. Celui-ci est généralement conçu dans un contexte global de promotion du niveau de santé des populations au niveau d'une aire géographique localisée, plus ou moins étendue ou nationale.

- En conséquence, la préparation du VAD commence d'abord par une bonne connaissance du milieu physique d'habitation. En d'autres termes, il s'agit de procéder à une étude étendue du milieu qui permettra de recenser toutes les habitations.

- Il s'en suivra l'élaboration d'un plan géographique de l'habitat. Pour des besoins pratiques d'organisation des VAD, le plan établi sera quadrillé en autant de zones que nécessaire. Ainsi, les habitats seront identifiés selon un code accessible à tous les intervenants.
- Après l'élaboration du cadre géographique des habitations, la prochaine phase de la préparation des visites à domicile consiste à prendre contact avec des chefs de ménage au niveau des zones d'interventions. Il s'agit de les informer de l'organisation de visites à domicile dans leurs foyers respectifs.
- A cette prise de contact, l'information de la population cible doit être aussi large que possible sur l'opportunité des VAD et sur le rationnel de leur organisation. En effet, la population cible doit comprendre que les VAD s'inscrivent dans le cadre de l'exécution d'un programme d'action sanitaire dans leur terroir en vue de la promotion de leur niveau de santé.
- En tout état de cause, pour plus d'efficacité, l'information de la population doit passer par une bonne implication des leaders communautaires (guides spirituels, chefs coutumiers, leaders d'opinion).
- Au plan individuel de la préparation d'une visite à domicile, l'intervenant doit avant tout élaborer un planning de travail dans lequel il précise, entre autres, la localisation géographique des concessions à visiter et le nombre à visiter dans une période déterminée de temps. Tout le matériel nécessaire à l'exécution de la VAD sera rassemblé et mis au point.

b : Exécution de la VAD

L'exécution d'une VAD est variable selon qu'il s'agisse de la première visite ou de visites subséquentes.

- Pendant la VAD, il est attendu du relais les comportements suivants :
Saluer les membres de la famille
- Se présenter (lors de la première visite)
- Expliquer le but de la visite : la contribution que le relais peut apporter pour résoudre les problèmes des personnes visitées
- Noter les spécificités de toutes les personnes nécessitant une surveillance (femmes enceintes, nourrissons ...)
- Analyser la fonctionnalité du cadre de vie
- Identifier les problèmes en vue de trouver des solutions pratiques
- Offrir les services communautaires de base appropriés
- Référer en cas de besoin
- Fixer un rendez-vous pour les problèmes non résolus sur place
- Noter les doléances, les problèmes identifiés, le degré de connaissance que les personnes rencontrées ont par rapport aux problèmes, leurs attitudes face aux problèmes (en résumé constituer un dossier pour préparer de façon efficace et évolutive la prochaine visite)
- Fixer un rendez-vous.

NB : Durant la VAD, pratiquer l'écouter active et utiliser un langage clair et adapté, Promouvoir l'utilisation des services essentiels comme l'utilisation de la MILDA, la latrine, le sel iodé, le respect du calendrier de vaccination des enfants et FE, des CPN, des CPON...

Sous Module B4 : Stratégies avancées

■ Objectifs :

- Définir et justifier la stratégie avancée
- Décrire le paquet de services minimums intégrés offerts en stratégie avancée
- Décrire les différentes étapes de mise en œuvre de la stratégie avancée
- Décrire les activités de suivi/coordination nécessaire à la gestion de la stratégie avancée
- Expliquer les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes dans le processus de gestion de la SA
- S'imprégner de la fiche de sortie en SA

■ **Format :** Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Qu'est-ce que la stratégie avancée ?*
- *Qu'est ce qui peut justifier la stratégie avancée ?*
- *Quel est le paquet de services minimums à offrir en stratégie avancée ?*
- *Comment assurer le suivi et la coordination des activités pour une bonne gestion de la SA ?*
- *Quels sont les partenaires impliqués dans la gestion de la SA ?*
- *Quel est le rôle de chaque partenaire ?*

■ Apport d'informations

1. Définition et justification de la stratégie avancée

Les stratégies avancées permettent d'offrir un paquet minimum de services par l'ICP/SFE ou un agent qualifié désigné par le district sanitaire (DS) au niveau des cases de santé de la zone de responsabilité du poste de santé (PS) afin d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé. Elle est organisée tous les deux mois.

2. Paquets de service

Le paquet de services offerts par l'ICP/SFE au cours d'une sortie de stratégie avancée dans une case de santé comprend au minimum :

- la vaccination
- la consultation prénatale (CPN)
- la consultation postnatale (CPON)
- la planification familiale (PF)
- la supervision formative

3. Processus de mise en œuvre des stratégies avancées (SA)

3.1. Planification

Au niveau opérationnel, des microplans seront élaborés tous les ans par les ICP avec l'ensemble des acteurs des cases de santé de leurs zones de responsabilité. Ces plans seront remis aux districts sanitaires qui vont procéder à la synthèse et à la validation pour l'ensemble des postes de santé du DS. La programmation mensuelle des SA se fera en collaboration avec les ECD au cours des réunions de coordination.

3.2. Organisation

A. Préparation

Elle se fera au moins une semaine avant la tenue de l'activité par les acteurs communautaires sous la coordination de l'ICP. Ainsi, seront organisées :

- a) Des séances préparatoires avec les acteurs communautaires (leaders, Bajenu Gox, relais, comités de santé des cases, ASC/matrones et OCB)
- b) Des séances d'information et de sensibilisation des communautés
- c) La préparation du site pour accueillir la SA par les ASC/Matrones et les comités des cases

Toutes ces activités préparatoires seront appuyées par l'ADC

La veille de l'activité, l'ICP/SFE devra préparer :

- les registres nécessaires à l'enregistrement des prestations (*CPN, CPON, consultations nourrissons sains, fiches de vaccination, etc...*)
- le matériel (*de vaccination, PF*)
- les médicaments nécessaires
- les feedback des références reçues et le suivi des recommandations de la dernière supervision de la case concernée

B. Mise en œuvre

Le paquet d'activités sera mis en œuvre par les prestataires qualifiés appuyés par les agents de santé communautaires et l'ADC.

- a) L'ICP ou la sage-femme devrait dans un premier temps offrir les services de vaccination, de suivi pré et postnatal et de planification familiale conformément au paquet de services définis plus haut.
- b) Les ADC et relais communautaires devraient assurer la gestion de la file d'attente, sensibiliser les cibles sur l'intérêt des prestations et les orienter sur les modalités pratiques et organisationnelles.
- c) Après l'activité d'offre de services, l'ICP ou la sage-femme devrait effectuer la supervision des prestataires communautaires de la case de santé. Cette supervision sera menée en quatre étapes :

- La réunion de briefing avec les acteurs

L'ICP présentera les termes de la supervision aux ASC, matrones, ADC et aux membres du comité de santé et expliquera les attentes par rapport à chaque partie.

- La supervision technique

Elle sera faite conformément à la grille de supervision intégrée en annexe. Toutes les rubriques citées devront être passées en revue et pour chaque rubrique, les points forts, points faibles et recommandations seront formulés.

- La réunion de restitution à chaud

A l'issue de la supervision, le prestataire devra partager les résultats de la supervision avec les prestataires, les membres du comité de santé et les collectivités locales qui doivent esquisser une draft de plan de résolution des problèmes.

- L'élaboration du rapport de supervision

A la fin de l'activité, le prestataire devra élaborer un rapport de stratégies avancées et un rapport de supervision selon les canevas joints en annexe.

3.3. Suivi coordination

A. Reporting

- Lors de la stratégie avancée, l'ICP remplit le cahier de supervision de la case qui reste au niveau de la case. Il devra mentionner au minimum : *la date, la composition de l'équipe, les prestations offertes et leurs résultats et les observations générales sur la supervision globale de la case de santé*
- Chaque ICP remplit un rapport mensuel d'activités des stratégies avancées qui comprendra au minimum les données de stratégies avancées et le rapport de supervision (voir canevas joints en annexe). Il le vise et le transmet au district.
- Ce rapport est visé et validé par le Médecin-chef de district.
- Le Médecin-chef de district transmet mensuellement tous les rapports validés des stratégies avancées des ICP de son district au Bureau régional de coordination du Programme Santé de l'USAID. Un exemplaire du rapport validé sera transmis à la collectivité locale par l'ICP.
- L'ADC devra fournir au bureau de zone de ChildFund un rapport de participation comportant les activités menées et les résultats de la stratégie avancée.

B. Supervision

Les ECD organiseront une fois par semestre, en collaboration avec les conseillers de IntraHealth et de ChildFund, des sorties de supervision vers les cases de santé au cours de certaines SA.

C. Coordination

Les Médecin-chefs de région et de district inscriront dans toutes les réunions de coordination des RM et DS un thème sur les SA intégrées.

Une réunion bimestrielle de coordination sera tenue entre les responsables des Bureaux de zone du consortium mené par ChildFund, les conseillers régionaux d'IntraHealth et les conseillers régionaux de ChildFund pour discuter de la mise en œuvre des stratégies avancées du Programme Santé.

4. Rôles et Responsabilités des Parties Prenantes

4.1. Au niveau central

La DSSP :

- assure la synergie dans la mise en œuvre des SA par les différents partenaires
- apporte un soutien logistique et institutionnel aux régions/districts qui mettent en œuvre les activités de SA

Le groupe technique assure le suivi de la mise en œuvre globale des SA au niveau des RM/DS.

4.2. Au niveau Régional

La région médicale :

- inscrit un point sur la mise en œuvre des SA intégrées à l'ordre de jour des réunions de coordination trimestrielles des RM
- inscrit, dans la grille de supervision des RM vers les DS, un point sur l'état de mise en œuvre des SA au niveau des DS
- apporte un appui technique et logistique aux DS dans la mise en œuvre les activités de SA

4.3. Au niveau du district sanitaire

A. L'ECD

- Oriente les ICP sur les activités de SA vers les cases de santé
- Suit l'élaboration des microplans de SA des PS
- Suit et coordonne la mise en œuvre des SA des ICP
- Suit la remontée des données issues des SA
- Synthétise et valide les rapports des SA
- Aide à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des SA
- Transmet les rapports validés au Bureau régional du Programme Santé

B. L'ICP/SFE

- Planifie avec la collectivité locale et les acteurs communautaires les activités de SA de sa zone de responsabilité
- Soumet un mois à l'avance son plan de mise en œuvre des SA au DS
- Coordonne et met en œuvre les SA, notamment il/elle amène avec lui/elle les registres, les produits (vaccins, TDR, implants, etc...) et le matériel nécessaire
- Assure le reporting des activités menées et des données issues des SA
- Transmet les rapports techniques et financiers des SA au DS
- Organise une réunion de coordination mensuelle avec la CL, les ASC et les ADC sur les SA ; cette réunion pourrait être intégrée à la réunion de coordination du PS

C. L'ASC/matrone de la case de santé

- Participe à la réunion de planification des SA
- Assure l'information et la sensibilisation de la communauté en collaboration avec les relais, les Bajenu Gox et les autres leaders communautaires
- Prépare le site
- Mobilise les groupes-cibles (enfants à vacciner, femmes enceintes, accouchées récentes)
- Participe à la mise en œuvre des SA
- Assure le suivi local

D. Les collectivités locales et les comités de santé

- Contribuent à la mobilisation des ressources (véhicule, carburant, transport des prestataires, etc...)
- Participent à la planification et à la programmation des SA

E. Les partenaires

- Contribuent à la mobilisation des ressources (carburant, transport des prestataires, etc...) pour la mise en œuvre des SA
- Apportent un soutien institutionnel, logistique et technique au MSAS, aux RM/DS qui mettent en œuvre les activités de SA.

5. Annexe 1. Fiche de Sortie en Stratégie Avancée Intégrée

Région médicale :

District :

Poste de Santé :

Nom de la Case:

Communauté rurale :

Date :

Nom du Responsable de l'activité (Infirmier/Sage Femme)

Nom des agents accompagnant le responsable :

Vaccination

Antigènes	Enfants 0-11 mois	Enfants 12-23 mois	Total
BCG			
VPO - 0			
VPO - 1			
Pentavalent - 1			
PCV13 - 1			
VPO - 2			
Pentavalent - 2			
PCV13 - 2			
VPO - 3			
Pentavalent - 3			
PCV13 - 3			
Rougeole			
Fièvre Jaune			
Enfants Vaccinés			
Enfants Complètement Vaccinés			

Santé de l'Enfant

Services	Enfants 0-11 mois	Enfants 12-23 mois	Enfants 24-59 mois	Enfants 60 mois et +	Total
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées					
Nombre d'Enfants supplémentés en Vitamine A (en rattrapage)					
Nombre d'Enfants déparasités avec du mebendazole (en rattrapage)					

Observations Générales sur la Vaccination et la Santé de l'Enfant:

Consultation Prénatale

Services	Nombre	Observations
CPN1		
CPN2		
CPN3		
CPN4		
Prescription de Fer		
TPI 1 (1 ^{ère} dose SP sous TDO)		
TPI 2 (2 ^{ème} dose SP sous TDO)		
TPI 3 (3 ^{ème} dose SP sous TDO)		
Test VIH proposé		
Test VIH accepté		
Test VIH réalisé		
VAT 1		

VAT 2		
Nombre de moustiquaires imprégnées distribuées		

Observations Générales sur la Consultation Prénatale :

Consultation Postnatale

Services	Nombre	Observations
Consultation post natale J1 à J3		
Consultation post natale à J4 à J15		
Consultation post natale J16 à J42		
Administration de Vitamine A dans les 48 premières heures		
Prescription de Fer dans les 42 premiers jours		

Observations Générales sur la Consultation Postnatale :

Planification Familiale

Méthode	Nouvelles Utilisatrices	Quantités Distribuées	Observations
Pilule			
Injectable			
Implant			
DIU			
Collier			
Condom M			
Condom F			
Spermicides			

Total			
--------------	--	--	--

Observations Générales sur la Planification Familiale :

MODULE C : ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Sous module C1 : Modes de fonctionnement des structures communautaires existantes

■ Objectifs :

- Démontrer une technique simple d'évaluation du fonctionnement d'une structure communautaire
- Décrire le processus de sélection des acteurs communautaires
- Démontrer une technique simple de cartographie des acteurs et des structures communautaires
- Décrire les principes et techniques de renforcement du maillage d'une zone par une structure communautaire
- Expliquer la technique de renforcement de la structure d'un groupe d'IEC
- Expliquer la technique de renforcement de la structure d'une OCB
- Décrire le processus de création et de structuration d'un comité de santé

■ **Format :** Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

Thème1 : Evaluation du mode de fonctionnement d'une structure communautaire

■ Questions

- *Comment évaluer le mode de fonctionnement d'une structure communautaire ?*

■ Apport d'informations

Après identification des structures communautaires existantes (OCB, comité de santé, associations...), il faut analyser leur mode de fonctionnement. Pour ce faire, l'agent encadreur communautaire doit élaborer une grille d'appréciation de la composition de la structure, du leadership des dirigeants (président, vice-président, secrétaire, trésorier autres membres), des ressources, des mécanismes de fonctionnement (répartition des tâches, périodicité des rencontres, sujets d'intérêt discutés, décisions prises...), des réalisations à l'actif de la structure...

La grille suivante est proposée pour identifier et analyser le mode de fonctionnement des structures existantes

Type de structure	Composition	Rôle des membres	Activités	Périodicité des activités	Sujets et décisions prises	Réalisations de la structure

Thème 2: Sélection des acteurs communautaires

■ Questions

- *En quoi consiste la sélection des acteurs communautaires ?*
- *Qu'est-ce qui justifie la sélection des acteurs communautaires ?*
- *Sur quels principes repose la sélection des acteurs communautaires ?*
- *Quels supports peut-on utiliser pour la sélection des acteurs communautaires ?*
- *Comment organiser et animer une séance de sélection des acteurs communautaires ?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans la sélection des acteurs communautaires ?*

■ Apport d'informations

1. Définition

Elle consiste à réunir les leaders et les représentants des organisations communautaires pour choisir de façon démocratique et objective des personnes volontaires pour la conduite des activités de santé communautaire sur la base de critères définis au préalable. Ces critères de sélection tiennent compte des qualités humaines tirées des valeurs de la communauté à titre de disponibilité, de discrétion, d'instruction, de politesse, de crédibilité...

2. Justifications

- La réalisation continue des activités communautaires de promotion de la santé dépend en grande partie du dynamisme des acteurs communautaires, de leur esprit d'ouverture et de la confiance qu'ils ont auprès des autres membres de la communauté
- Les leaders et les responsables des OCB connaissent mieux les membres de la communauté qui répondent aux qualités humaines nécessaires pour un volontaire communautaire
- La pérennisation des activités initiées par le projet n'est possible que lorsque les volontaires communautaires ont une bonne maîtrise du processus de mise en œuvre

3. Principes méthodologiques

- L'activité consiste à regrouper les personnes ressources de la communauté sous forme de réunion communautaire pour se prêter à l'exercice de choisir les personnes les plus indiquées parmi les membres de la communauté pour mener les activités de promotion de la santé.
- L'activité a lieu généralement au début de l'intervention mais des circonstances particulières peuvent amener à ajouter ou remplacer des acteurs communautaires

3. Supports utilisés

- Fiches de sélection : (disponibilité, volontariste, courtoisie, intégrité, crédibilité, discrétion, instruction...)
- Dialogue interactif

5. Organisation et animation de la séance de sélection des acteurs communautaires

- Identifier et informer les personnes ressources (chefs de village, chefs de quartiers, Imam, Catéchiste, Tradipraticiens, Enseignants, Responsables OCB, le Conseiller rural, ICP, les responsables des autres structures communautaires existantes etc.)
- Choisir d'un commun accord une date, une heure et un lieu pour organiser la réunion communautaire
- Expliquer le rôle et fonctions des acteurs qui ont la charge du fonctionnement de la case de santé et de la réalisation des activités ASC, Matrone, Relais, membres du comité de santé
- Définir avec les communautés les critères pour le choix des acteurs
- Insister sur les critères suivants : disponibilité, volontariste, courtoisie, intégrité, crédibilité, discrétion, instruction
- Pour chaque type d'acteur communautaire, demander aux personnes ressources de désigner des membres de la communauté qui répondent au mieux aux qualités définies pour ce travail
- Le chef de village ou d'autres notables doivent demander aux personnes choisies si elles sont d'accord pour assurer ce travail
- En ce qui concerne le choix des femmes mariées il est aussi nécessaire d'associer le mari pour écarter toute contrainte liée à la disponibilité par la suite
- Dans le choix de la matrone il est important que les leaders mais aussi les femmes se prononcent largement sur la personne choisie pour des raisons culturelles, sociales et psychologiques
- Définir avec la communauté le système de motivation retenu pour les volontaires choisis
- Si une seule réunion n'est pas suffisante pour arriver à la fin du processus de sélection, s'entendre sur une nouvelle date
- Remercier les participants et demander aux leaders de donner des orientations sur le travail qui attend les acteurs communautaires et des exigences liées à ce travail

6. Difficultés/Contraintes / Solutions préconisées

- Il est souvent difficile de trouver des personnes qui répondent à la fois à tous les critères d'un bon acteur communautaire surtout pour le critère instruction
- Dans bien des cas lors de la réunion de sélection des acteurs, les personnes sur qui porte le choix des participants, sont absentes. Cela oblige de déléguer des personnes pour aller à leur rencontre et discuter.
- Pour des raisons de profil, des acteurs très éloignés de la case ou du site sont souvent choisis.

Thème 4: Renforcement du niveau de maillage d'une zone avec des structures

■ Questions

- *En quoi consiste le maillage d'une zone avec des OCB ?*
- *Comment déterminer le niveau de maillage d'une zone avec des OCB ?*

■ Apport d'informations

1. Détermination du niveau de maillage d'une zone par les OCB

La connaissance des OCB existantes et du lieu de résidence des membres (acteurs communautaires) à travers les villages et quartiers couverts par le poste, la case et le site permettent de déterminer le niveau de maillage par rapport à la zone de couverture.

2. Procédés pour le maillage complet d'une zone par les OCB

Si la ou les structures existantes (OCB) n'a (ont) pas de représentants dans certains villages ou quartiers pour mener les activités de sensibilisation, il faut l'assister à choisir des personnes à ces niveaux et les intégrer dans l'OCB jusqu'à ce que toute la zone soit quasi couverte.

Thème 5: Renforcement de structure des OCB

■ Questions

- *Quels sont les organes statutaires d'une OCB ?*
- *Comment est composé le bureau exécutif de l'OCB ?*
- *Quel est le rôle du bureau de l'OCB ?*
- *Comment est composé l'assemblée générale de l'OCB ?*
- *Quel est le rôle de l'assemblée générale de l'OCB ?*

■ Apport d'informations

1. Organes statutaires de l'OCB

Chaque OCB doit être constituée d'au moins de deux organes statutaires : **le bureau exécutif et l'assemblée générale**, le comité directeur, le conseil d'administration

2. Composition et rôle du bureau exécutif de l'OCB

Le bureau exécutif est composé d'au moins du président, du vice-président, du secrétaire et du trésorier. Il exécute les décisions de l'assemblée générale et se réunit au moins une fois par mois pour faire le bilan des activités réalisées et planifier dans le court terme.

3. Composition et rôle de l'assemblée générale de l'OCB

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres de l'OCB et se réunit au moins tous les 6 mois pour recevoir le bilan des activités réalisées par le bureau et décider des orientations majeures à dérouler dans le moyen terme.

L'agent encadreur communautaire doit assister le bureau à identifier les goulots d'étranglement dans la fonctionnalité des postes électifs pour les renforcer soit en termes de remplacement, de doublement ou davantage de clarification du rôle.

Thème 6: Renforcement de structure des groupes communautaires d'IEC

■ Questions

- *En quoi consiste le renforcement de la structure d'un groupe communautaire d'IEC ?*
- *Pourquoi renforcer la structure d'un groupe communautaire d'IEC ?*
- *Comment procéder pour renforcer la structure d'un groupe communautaire d'IEC ?*
- *Quelles difficultés peut-on rencontrer dans la restructuration d'un groupe communautaire d'IEC ?*

■ Apport d'informations

1. Définition

C'est une structuration des populations cibles de femmes et d'enfants 0-5 ans en groupes organisés d'environ 20 à 25 membres par quartier ou village en vue de la planification et de la réalisation des activités d'IEC, de pesée, de déparasitage, de supplémentation en micronutriments...

2. Justifications

- Une activité communautaire de promotion de la santé comme la pesée ou la causerie n'est gérable que lorsque le nombre est limité pour permettre les interactions entre les différents participants
- Si les femmes ne sont pas organisées en groupes de 20 à 25, il est difficile de constater les absents et de pouvoir les amener à rattraper le service avec d'autres séances planifiées.
- L'appartenance à un groupe restreint de personnes permet de renforcer les relations affectives qui débouchent sur le soutien mutuel, la solidarité et le développement d'initiatives de micro entreprises
- Dans chaque communauté, il existe des bases d'organisation de femmes plus ou moins bien structurées. Le programme de santé devrait les aider à améliorer la structure et le fonctionnement pour y superposer les activités de promotion de la santé/nutrition

3. Principes méthodologiques

- L'organisation des groupes de pesée/IEC a pour objet le renforcement du dispositif organisationnel des femmes en vue de diversifier les mécanismes de communication intracommunautaire.
- Ce processus de renforcement se fait en interne par le choix de femmes leaders capables d'aider à la mobilisation des membres et à la mise en pratique des activités/engagements pris à l'intérieur du groupe. Il se

développe aussi de l'extérieur par l'appui et la motivation des leaders communautaires, des grand-mères leaders pour la réalisation des activités.

- Elle a lieu généralement au début du projet mais si des besoins spécifiques de réorganisation se posent chemin faisant, il est possible que les agents du projet la reprennent
- Formaliser le fonctionnement du groupe formel en définissant des mécanismes de fonctionnement clairs (bureau, lieux d'exécution des activités, mode de participation.)

4. Supports utilisés

- Données du recensement des populations cibles
- données portant sur la structuration et le fonctionnement des groupes existants.

5. Procédés d'organisation des groupes communautaires

- Identifier les personnes ressources pour leur présenter le projet et leur rôle dans la mobilisation communautaire en général et l'appui au fonctionnement des OCB en particulier
- Convoquer une réunion impliquant les leaders communautaires et les responsables d'OCB, les grand-mères et autres mères leaders
- Présenter à nouveau le projet, souligner l'importance des activités de pesée et IEC et la nécessité du ciblage des groupes de mères par quartier ou par hameau pour une maîtrise des activités
- Définir avec les participants des modalités de montage et de fonctionnement des groupes communautaires (constitution de groupes selon la proximité de résidence ou l'affinité, choix du ou des leaders, lieux, dates, heures, participation aux activités,...)
- Mettre en place au besoin un bureau fédéral à l'échelle du village ou du quartier pour représenter tous les groupes communautaires aux instances de prise de décision
- Instaurer si possible un système de cotisation mensuelle pour pouvoir initier des activités génératrices de revenus
- Choisir des relais communautaires à l'intérieur des groupes pour l'appui à la réalisation des activités
- Organiser de façon périodique des sessions de renforcement de capacités de ces groupes (conduite des activités IEC, organisation des pesées et démonstrations culinaires, animation des réunions de gestion des AGR...)

Important : Les agents du projet doivent eux-mêmes participer assez souvent aux séances d'animation organisées par les groupes pour s'assurer que les activités sont menées selon l'orientation qu'ils ont reçue. Ils doivent aussi inciter les responsables de groupes à impliquer les leaders hommes et les leaders grand-mères dans toutes les initiatives d'orientation et d'organisation des femmes des activités pour pouvoir bénéficier des encouragements et soutiens nécessaires dans les familles et dans la communauté.

6. Difficultés/Contraintes/Solutions

- Absence d'entente et d'harmonie au niveau de la communauté : Identifier les personnes ressources et négocier le partenariat
- Certaines femmes ont développé le culte du leadership au niveau de certains villages bien qu'elles ne soient pas les plus efficaces pour diriger les groupes. Il est souvent difficile qu'elles acceptent le jeu de la démocratie à l'intérieur du groupe et du village : Tenir une réunion avec tous les membres du groupe en vue de définir les modalités pratiques du fonctionnement
- La surcharge de travail des femmes en milieu rural fait que toutes les femmes ne se présentent pas aux réunions décisives où le choix des leaders des groupes est effectué
- Le choix sur des leaders femmes instruites et bénéficiant de la confiance des autres membres n'est pas souvent aisé à obtenir
- L'habitat dispersé

Thème 7: Création et/ou structuration des comités de santé

■ Questions

- *Qu'est-ce qu'un comité de santé ?*
- *Quels sont les organes constitutifs d'un comité de santé ?*
- *Quelles sont les principales missions du comité de santé ?*
- *Comment fonctionne le comité de santé ?*

■ Apport d'informations

1. Définition du comité de santé

Le Comité de Santé est une des structures clés en matière de santé communautaire. Il joue le rôle de relais entre les techniciens de la santé et les populations. Il mobilise et gère les ressources de la case/site. Il aide les acteurs communautaires dans la mobilisation des populations et l'organisation des activités de promotion de la santé.

NB : *Indispensable au bon fonctionnement des structures sanitaires, il n'est pourtant pas toujours en mesure de jouer efficacement son rôle.*

Depuis 1972, l'Etat sénégalais souhaite renforcer l'implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé à travers une stratégie de décentralisation et de participation communautaire. Les comités de santé sont chargés de concrétiser cette implication accrue de la population à travers les activités de promotion de la santé.

2. Mode de constitution d'un comité de santé

Les comités de santé sont des organes fonctionnant avec des membres bénévoles élus pour deux ans par les représentants de la population au cours d'une assemblée générale constitutive de l'ensemble de la population.

3. Composition du bureau exécutif du comité de santé

Le bureau du comité de santé est l'instance exécutive et se compose d'au moins d'un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

4. Missions principales du comité de santé

Le comité de santé a pour attributions principales la promotion de la santé des individus, des familles et des communautés ; la mobilisation des collectivités locales pour le développement sanitaire ; l'amélioration des prestations des services de santé pour mieux répondre aux besoins des populations ; la recherche de ressources additionnelles et leur répartition pour la mise en œuvre des activités.

5. Fonctionnement du bureau du comité de santé

Le bureau du comité de santé de la case de santé se réunit à la fin de chaque mois en présence des acteurs communautaires (ASC, matrones, relais, BG) pour examiner et prendre des décisions sur au moins les 4 thèmes suivants : bilan financier, situation des médicaments et produits essentiels, autoévaluation des activités du mois écoulé, planification des activités du mois prochain

NB : Pour assurer le suivi des activités ou courant et à la fin du mois, le Comité de Santé doit à chaque réunion élaborer un plan d'action. Nous proposons cette présentation.

<i>Activités</i>	<i>Date prévue</i>	<i>Lieu</i>	<i>Responsable</i>	<i>Fait</i>	<i>Non Fait</i>	<i>Observations</i>

Sous module : Création et/ou structuration des mutuelles de santé

■ Objectifs :

- Définir la mutuelle de santé
- Décrire les avantages d'une mutuelle de santé
- Décrire l'organisation et l'animation de la réunion de mise en place de la mutuelle de santé
- Décrire le mode gestion et de fonctionnement d'une mutuelle de santé

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Qu'est-ce que la mutuelle de santé ?*
- *Quels sont les avantages que la mutuelle de santé peut offrir aux populations ?*
- *Comment organiser et animer la réunion de mise en place de la mutuelle de santé ?*
- *Décrire le mode gestion et de fonctionnement d'une mutuelle de santé ?*
- *Quelles difficultés peut rencontrer dans la mise en place d'une mutuelle de santé ?*

■ Apport d'informations

2. Définition de la mutuelle de santé

Une mutuelle de santé est un système d'épargne et de solidarité entre les membres d'une communauté pour se donner les moyens de faire face aux dépenses de santé lorsque la maladie survient.

La mise en place d'une mutuelle de santé permet de faciliter l'accès aux soins et favoriser le recours aux structures de santé en cas de maladie.

3. Avantages de la mutuelle de santé

- La maladie est imprévisible
- Quand la maladie survient, l'individu et la famille n'ont pas toujours de l'argent disponible pour le transfert rapide du malade aux structures de santé et lui fournir les soins de premiers secours
- La précocité des soins détermine largement la guérison de la maladie

4. Réunion communautaire pour la mise en place d'une mutuelle de santé

:

- Prendre contact avec les personnes influentes de la communauté et leur expliquer le projet et les avantages pour la santé de la population
- Organiser une réunion élargie (sous forme de plaidoyer) aux chefs de familles, aux OCB, et autres groupes organisés pour expliquer et recueillir leurs avis sur les avantages, le mode d'organisation, la gestion et le fonctionnement de la mutuelle de santé.

- Convoquer une assemblée générale pour élire un comité de gestion de la mutuelle composé d'un Président, d'un Vice-président, d'un Trésorier et d'un Secrétaire
- Discuter également lors de l'assemblée générale le mode de fonctionnement du comité de gestion

5. Gestion et fonctionnement de la mutuelle de santé

- Le comité de gestion élu se réunit avec le MCD/l'ICP et le président du comité de santé de la structure de santé et discute des services que la mutuelle peut prendre en charge
- Le comité de gestion fixe le montant des cotisations qui peuvent être trimestrielles, semestrielles ou annuelles
- Il recense sur registre les personnes intéressées de s'inscrire à la mutuelle avec un système de suivi des cotisations et des services offerts par bénéficiaire
- Le comité de gestion réunit de nouveau l'assemblée générale des souscripteurs pour expliquer les cotisations retenues et les modalités de prise en charge en cas de maladie
- Les cotisations sont versées au comité de santé du poste/centre de santé avec les modalités de prise en charge fixées d'accord partie
- Chaque fin de mois le comité de gestion se réunit avec les responsables de la structure de santé pour faire le bilan des cotisations et des soins offerts
- A la fin de chaque semestre, le comité de gestion et les responsables de la structure de santé réunissent l'assemblée générale des souscripteurs pour les informer du bilan et recueillir leurs avis sur le fonctionnement et les services offerts

5. Difficultés/contraintes

- Conflits de positionnement pour occuper un poste dans le bureau
- Régularité des réunions du bureau
- Régularité de cotisations des membres
- Paquet de services offerts par la mutuelle peu attractifs pour les populations de la zone
- Prise en charge onéreuse par rapport aux possibilités financières de la mutuelle

MODULE C : RENFORCEMENT DE CAPACITES

Sous module C1: La Formation

■ Objectifs :

- Définir la formation
- Décrire les caractéristiques de l'adulte en formation
- Décrire les principaux courants pédagogiques
- Décrire les principales méthodes et techniques pédagogiques utilisées en formation
- Enumérer les matériels pédagogiques généralement utilisés en formation
- Elaborer les objectifs pédagogiques d'une session de formation
- Décrire le mode d'organisation et d'évaluation d'une session de formation

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Comment définissez-vous la formation ?*
- *Quelles sont les caractéristiques de l'adulte en formation?*
- *Quels sont les principaux courants pédagogiques que vous connaissez?*
- *Quelles sont les principales méthodes pédagogiques généralement utilisées en formation ?*
- *Quelle différence faites-vous entre méthodes et techniques pédagogiques ?*
- *Quels sont les matériels pédagogiques généralement utilisés en formation*
- *Qu'est qu'un objectif pédagogique*
- *Comment élaborer un objectif pédagogique ?*
- *Comment préparer et organiser une session de formation ?*
- *Comment évaluer une session de formation ?*
- *Quelles sont les qualités d'un bon animateur de cours ?*

Apport d'informations

1. Définition

La formation concerne généralement la personne adulte car celle-ci ressent toujours le besoin d'améliorer et d'adapter ses connaissances et compétences face à un environnement du travail est toujours changeant.

La pédagogie est définie comme l'art et la science d'enseigner. De manière générale, la pédagogie peut être perçue comme une action qui vise à provoquer des effets d'apprentissage. C'est une activité complexe, sous-tendue par des valeurs et par des hypothèses relatives au développement cognitif de l'individu.

La pédagogie doit être considérée comme un terme générique, qui englobe d'autres concepts qui lui sont liés. Il existe, en effet, des méthodes pédagogiques, des outils pédagogiques, des approches pédagogiques, des pratiques et des activités pédagogiques, etc.

2. Caractéristiques de l'adulte en apprentissage

Les apprenants ont besoin de savoir pourquoi ils doivent apprendre quelque chose avant d'entreprendre une formation. Le rôle de l'enseignant est d'aider l'apprenant à prendre conscience de son besoin d'apprendre et d'expliquer aux apprenants que la formation vise à améliorer leur efficacité et leur qualité de vie.

- Les adultes ont conscience d'être responsables de leurs propres décisions et de leur vie. Ils ont besoin d'être vus et traités par les autres comme des individus capables de s'autogérer.
- Les adultes arrivent dans une formation avec de l'expérience. Leur identité s'est constituée à partir de leur expérience, ne pas la prendre en compte c'est les rejeter en tant que personne.
- Les adultes ont la volonté d'apprendre si les connaissances et les compétences nouvelles leur permettent de mieux affronter des situations réelles.
- Les adultes orientent leur apprentissage autour de la vie, d'une tâche ou d'un problème. Ils sont disposés à investir de l'énergie pour apprendre seulement s'ils estiment que cela les aidera à affronter cette situation.
- Si les adultes sont sensibles à des motivations extérieures (meilleur emploi, salaire, promotion...), ce sont les pressions intérieures qui sont le plus grand facteur de motivation.

3. Principaux courants pédagogiques

Quatre courants principaux sont répertoriés dont les appellations sont variables et ils coexistent depuis l'antiquité : traditionnel, humaniste, comportementaliste et fonctionnaliste

3.1 Le courant traditionnel

Dans ce courant, le formateur possède le savoir. La formation est conçue de telle manière que le formateur transmette son savoir au formé. La technique pédagogique la plus utilisée est l'exposé. La pédagogie est centrée sur le formateur et le message à transmettre.

3.2 Le courant comportementaliste

Ce courant considère qu'on peut faire évoluer le comportement d'un formé en lui faisant vivre des stimuli externes.

3.3 Le courant humaniste

Le formateur prend ici la figure d'un conseiller dont l'objectif est de développer l'autonomie de l'apprenant. La pédagogie est centrée sur l'apprenant « Apprendre, c'est changer, abandonner ses dépendances extérieures à l'égard d'un maître ou d'un moniteur, c'est renoncer à un savoir prédigéré, c'est s'exposer directement à la vie. », Carl Rogers

3.4 Le courant fonctionnaliste

Le formateur se fixe pour but la réalisation des objectifs de la formation. Aussi, le stagiaire doit connaître les objectifs et contrôler l'évolution de son apprentissage. C'est une pédagogie centrée sur l'objectif et les techniques pédagogiques.

4. Méthodes pédagogiques

C'est un ensemble organisé de techniques et de moyens qui ont toutes un point commun. On peut nommer la méthode magistrale, la méthode découverte, la méthode interrogative, etc.

4.1 La méthode magistrale

La méthode magistrale (appelée également dogmatique ou expositive) : c'est la méthode la plus ancienne qui s'appuie sur la technique de l'exposé oral. Elle est centrée sur les contenus de formation et le formateur. L'apprenant doit ici faire preuve de bonne volonté pour apprendre, il sera considéré comme responsable en cas de non-apprentissage.

Avantages : le formateur transmet un maximum d'informations en un temps court et déterminé

Limites : l'apprenant n'a pas matière à évaluer l'exposé. Sa mémorisation risque d'être limitée dans le temps parce qu'une attention continue est difficile à maintenir.

4.2 La méthode découverte

C'est une méthode qui s'appuie sur une démarche inductive, au cours de laquelle le formateur cherche à faire découvrir par les apprenants des faits, des lois, des concepts et des principes. La mémorisation sera ainsi meilleure et le développement des stratégies cognitives sera stimulé.

Avantages : les apprenants sont très fortement impliqués dans le processus d'apprentissage, de telle sorte qu'ils se sentent valorisés. La mémorisation est, généralement, assurée sur le long terme.

Limites : l'organisation d'une action de formation qui utilise cette méthode peut être longue, ainsi que son déroulement.

4.3 La méthode interrogative

Son utilisation remonte à Socrate. Le formateur tente d'intéresser le stagiaire en lui donnant l'impression qu'il redécouvre les principes qui font l'objet du cours. L'apprenant est, dans ce contexte, très actif. Cette méthode ne doit pas être confondue avec la pédagogie de la découverte.

Avantages : une forte implication des stagiaires et participation de tout le groupe. L'activité de déduction est importante et stimule la participation des apprenants

Limites : le groupe des stagiaires doit être restreint, une forte concentration est attendue de la part du formateur et des formés

5. Techniques pédagogiques

C'est un ensemble de procédés utilisés par le formateur pour réaliser des activités pédagogiques (exposé, tour de table, étude de cas, mise en situation, etc.)

Les techniques pédagogiques doivent permettre de faciliter les apprentissages. Elles permettent au formateur de varier les stratégies de transmission d'informations, le tout étant d'articuler de manière cohérente différentes techniques entre elles.

Chaque technique pédagogique répond à des objectifs d'enseignement/apprentissage : Par exemples :

- Pour susciter un appel à l'information chez les stagiaires : Tour de table, questions/réponses...
- Pour faciliter l'appropriation de l'information par les participants : Mise en situation (simulation, jeu de rôle, études de cas...)

6. Matériels pédagogiques

Plusieurs types de matériel sont utilisés selon l'adaptation au contexte et au public-cible.

Parmi ce matériel ; on peut citer le tableau, le Flip chart, le vidéoprojecteur, l'ordinateur, les documents pédagogiques (manuels, guides, bloc-notes, écritaires...).

Les cours du formateur donnés sous forme de documents doivent être structurés, adaptables selon les circonstances et les imprévus.

7. Objectifs pédagogiques

Ce sont les buts que la formation doit atteindre pour les stagiaires, que ce soit en termes de savoir, savoir-faire ou motivation. Ils énoncent ce que l'individu doit apprendre et avoir acquis à l'issue de la formation. Ils sont souvent formulés ainsi : « A la fin de la formation, l'apprenant sera capable de + verbe d'action + niveau de performance »

Plusieurs types d'objectifs sont susceptibles d'être élaborés dans le cadre d'un projet de formation.

Ainsi, les objectifs pédagogiques ne doivent pas être confondus avec les objectifs de formation qui indiquent des capacités observables que les formés seront capables d'appliquer en situation réelle, après la formation.

Les objectifs de la formation se déclinent en objectifs pédagogiques. Ils désignent les habiletés que les participants devront acquérir à la fin d'un cours ou d'une unité de cours. Ex : expliquer les principales étapes de la mise en fonction d'une case de santé.

9. Organisation d'une session de formation

Il y a trois phases principales dans la préparation d'une formation

- Phase exploratoire : identifier le public-cible et analyser ses besoins
- Phase de conception : élaborer les plans de cours, les stratégies d'enseignement, les contenus et les méthodes d'évaluation
- Phase d'organisation prévisionnelle : Préparer le lieu (disposition des tables, aération, éclairage...), les repas, les supports pédagogiques, les facilitateurs, l'hébergement des participants...

10. Evaluation d'une session de formation

L'évaluation d'une session de formation peut aller du plus simple au plus complexe mais généralement elle porte sur les 3 aspects suivants :

- Organisation de la formation : convocations, transport, hébergement, repas, salle, outils et matériel pédagogique...
- Enseignement : méthodes et techniques utilisées, qualité d'animation des facilitateurs, maîtrise des thèmes, pertinence des sujets abordés...
- Apprentissages : niveau de participation, résultats en termes d'acquis (écart entre pré et post-test...)

11. Qualités d'un bon animateur de cours

Les qualités d'un bon animateur de cours peuvent se résumer en 10 points clés : l'animateur doit les connaître, s'y être entraîné et les avoir pratiquées éventuellement en co-animation :

1. *Bien démarrer le cours*
2. *Assurer une organisation du cours à travers un plan bien structuré*
3. *Répondre aux attentes des participants*
4. *Avoir un comportement adapté*
5. *Bien gérer ses relations avec les participants*
6. *Faire participer les participants*
7. *Faire appliquer et répondre aux questions*
8. *Remettre une documentation aux participants*
- 9 *Tenir le cap... dans la tourmente*
10. *Savoir clôturer la formation*

Sous module C2 : Techniques et outils de supervision

■ Objectifs :

- Définir la supervision
- Décrire les principales étapes de préparation et d'exécution de la supervision
- Expliquer la conduite à tenir après une séance de supervision
- Elaborer une grille de supervision

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Comment définissez-vous la supervision?*
- *Quelles différences faites-vous entre la supervision et surveillance ? inspection ? contrôle ? monitoring ? évaluation?*
- *Quelles sont les caractéristiques de l'adulte en formation?*
- *Quels sont les principales étapes dans la préparation de la supervision?*
- *Quelles sont les principales étapes dans l'exécution de la supervision?*
- *Quelle est la conduite à tenir après une séance de supervision*
- *Travail de groupe : confection d'une grille de supervision sur la base des tâches des acteurs communautaires*

Apport d'informations

1. Définition

La supervision est l'art de guider, d'instruire et d'encourager l'initiative du personnel, de faire des observations objectives. C'est une action continue d'information, d'orientation, d'instruction et de correction des erreurs.

Il est important de noter une différence entre supervision et les termes suivants : surveillance, Inspection/contrôle, Suivi, Monitoring et Évaluation.

Surveillance : veiller avec grande attention, souvent avec méfiance

Inspection/contrôle : vérifier si les tâches sont exécutées selon les normes établies sans que l'on ne puisse prendre des décisions ; vérifier la conformité aux règles, procédures et normes

Monitoring : suivre les activités régulièrement pour s'assurer de la bonne marche du service

Évaluation : mesurer l'écart entre ce qui est prévu (l'objectif) et ce qui est fait ; mesurer le degré de réalisation des activités et/ou les effets de ces activités par

rapport aux objectifs (en se servant des indicateurs et critères ; aboutit à un jugement de valeur)

2. Etapes de la supervision

2.1 Phase préparatoire :

- Etablir un calendrier de supervision (mensuel, bimestriel ou trimestriel)
- Clarifier les termes de référence pour chaque mission de supervision
 - problèmes identifiés,
 - objectifs de la supervision,
 - Identifier les membres compétents de l'équipe de supervision (les superviseurs doivent maîtriser les techniques de supervision et les volets techniques des domaines ciblés)
 - Répartir les tâches entre les membres de l'équipe de Supervision.
 - Identifier les acteurs communautaires concernés par la visite de supervision
 - Liste des outils de supervision à utiliser
- S'assurer que les outils de supervision sont disponibles
- Partager avec les différents acteurs l'agenda et les outils de la supervision
- Mettre en place la logistique nécessaire adaptée

2.2 Phase d'exécution

Trois techniques peuvent être utilisées l'interrogatoire/entretien, l'observation et l'analyse des supports de gestion des données.

Entretien :

- Mettre en confiance les personnes supervisées ;
- Expliquer le but de la supervision ;
- Recueillir des informations nécessaires ;
- Vérifier l'état d'exécution du dernier plan de résolution des problème de la dernière supervision ;
- Faire les recommandations nécessaires.

Observation :

- Apprécier les locaux et les équipements ;

- Parcourir l’affichage ;
- Observer les activités en cours (cas réel ou simulation) ;
- Identifier les gaps ;
- Corriger immédiatement ce qui peut l’être ;
- Inscrire dans le plan de résolution les problèmes qui ne peuvent pas être corrigés sur place.

Analyse des supports de gestion des données

- Faire la revue des documents ciblés par la supervision pour s’assurer de la disponibilité des outils
- Apprécier l’état des outils des outils (propreté, conservation et archivage) ;
- Vérifier le suivi des instructions de remplissage des outils ;
- Vérifier le respect des normes de prise en charge ;
- Vérifier la conformité des données transmises ;
- Identifier les gaps ;
- Corriger immédiatement ce qui peut l’être ;
- Inscrire dans le plan de résolution les problèmes qui ne peuvent pas être corrigés sur place.

Remplissage des supports de supervision

- Remplir la grille de supervision ;
- Remplir le cahier de supervision de case/ site.

Restitution

- Faire une séance de feed-back avec chaque acteur supervisé sur les aspects techniques. Il faut apporter les corrections nécessaires qui peuvent l’être immédiatement ;
- Tenir une réunion de restitution communautaire avec tous les autres acteurs de la case ou du site (comités de santé de la case ou comité de pilotage du site, chef de village, relais, BG, ...) ;
- Elaborer un plan de résolution des problèmes et de suivi.

2.3 Phase post supervision

Elaborer le rapport de supervision (points forts, points à améliorer et recommandations) ;

Partager le rapport avec les acteurs supervisés et l'infirmier chef de poste et la sage-femme ;

Restituer les résultats de la supervision à l'équipe cadre du district (à l'occasion des réunions de coordination ou toute autre instance appropriée).

Faire le suivi du plan de résolution des problèmes.

Outils :

Pour la supervision ADC vers acteurs communautaires, voir grille du PSSC.

Pour la supervision BZ vers les ADC, le bureau confectionne un outil sous forme de grille en tenant compte de la description de poste de l'agent, des objectifs de la supervision.

Sous module C3: Techniques et outils de Suivi

■ Objectifs :

- Définir le suivi
- Expliquer l'objet du suivi
- Décrire les méthodes/techniques de suivi
- Elaborer une grille de supervision

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Comment définissez-vous la supervision?*
- *Quel est l'objet du suivi ?*
- *Quelles sont les techniques/méthodes de suivi utilisées ?*
- *Travail de groupe : confection d'une grille de supervision sur la base des tâches des acteurs communautaires*

Apport d'informations

1. Définition

Le suivi est un moyen de contrôle rapide de l'état de mise en œuvre d'une activité prévue dans le cadre du projet à un moment donné. Le suivi permet aussi de collecter les données liées aux valeurs cibles des indicateurs du projet. Les données de suivi sont collectées de façon continue durant la phase de mise en œuvre du projet. Le suivi permet de prendre des mesures pour assurer le maintien des résultats acquis.

2. Objet du suivi

Le suivi peut porter sur différents aspects :

- Suivi institutionnel : aspects physique (technique), financier et organisationnel
- Suivi du contexte : mesure des conditions critiques et des risques liés à l'exécution du projet
- Suivi des résultats : suivi des effets du projet qui sont liés aux outputs
- Suivi des objectifs : processus de suivi des objectifs et des stratégies du projet pour un ajustement systématique selon les besoins des populations et des groupes cibles.

3. Méthodes/techniques de suivi

Le suivi peut se faire par :

- visite de terrain : discuter avec les acteurs communautaires, observer les activités, vérifier les supports...
- réunion avec les acteurs clés ; discuter de l'état d'avancement d'une activité spécifique, mesures correctrices...
- utilisation des moyens de télécommunication/NTIC (sms, téléphone, skype)
- enquêtes rapides (LQAS ou autres)
- revues périodiques
- Radios crochets, émissions radiophoniques interactives,
- Partage / Exploitation de rapports d'activités.

L'agent vérifie la disponibilité et le remplissage des outils de gestion. Il vérifie l'exécution du plan d'action, le respect des recommandations des supervisions et des décisions prises lors des réunions. Lors du suivi l'agent peut assister aux activités ciblées (IEC, SPC, stratégies avancées, réunions...). Il corrige avec les acteurs communautaires les écarts notés. Tous les mois, les données sont collectées et transmises à l'infirmier chef de poste, et au bureau de zone. Une analyse de ces données doit être faite pour prendre des mesures en vue de l'atteinte des résultats.

4. Outils de suivi

Les outils à utiliser lors d'un suivi doivent être élaborés en tenant compte de la nature et des spécificités des acteurs et des tâches.

Fiche de suivi (élaborer maquette avec les points clés)

Activités planifiées	Activités réalisées	Taux de réalisation	Ecart	Observations	Recommandations

Sous module C4 : Techniques et outils d'accompagnement

■ Objectifs :

- Définir l'accompagnement
- Expliquer l'objet de l'accompagnement
- Décrire les qualités humaines requises pour un bon encadreur/accompagnant
- Expliquer les conditions nécessaires d'un bon accompagnement
- Décrire une méthode/technique d'accompagnement
- Elaborer une grille d'accompagnement

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que l'accompagnement ?*
- *Quel est l'objet de l'accompagnement ?*
- *Quelles qualités humaines sont nécessaires pour un bon encadreur/accompagnant ?*
- *Expliquer les conditions nécessaires d'un bon accompagnement ?*
- *Décrivez le processus par lequel l'accompagnement s'effectue ?*
- *Travail de groupe : Elaboration d'une grille d'accompagnement ?*

Apport d'informations

1. Définition

C'est une approche qui vise à améliorer les capacités des acteurs communautaires. L'agent accompagnateur assiste l'acteur communautaire dans l'exécution de l'activité et lui fait un feed-back sur ses performances. L'agent accompagnateur ne doit pas donner des ordres ni enseigner aux acteurs communautaires comment faire les choses. Mais il discute avec eux pour trouver une démarche appropriée.

2. Objet de l'accompagnement

Pour devenir un partenaire actif et engagé l'acteur communautaire a besoin de soutien. L'accompagnement contribue essentiellement à orienter, encourager, faciliter le travail des acteurs dans l'accomplissement de leurs tâches de façon efficace et durable : « on ne peut pas développer quelqu'un ». On doit partir des initiatives de chacun et créer les forces nécessaires pour le maintien de notre efficacité.

L'appui constant est très important dans l'accompagnement aux côtés du renforcement continu de compétences dans différents domaines et de la stimulation du sens de responsabilisation. L'accompagnement est comparé aux balises nécessaires pour le respect du processus de mise en œuvre en le débarrassant des contraintes possibles.

4. Qualités humaines requises pour un agent encadreur/accompagnant

Plusieurs qualités humaines sont nécessaires pour qu'un encadreur soit efficace comme accompagnant:

- Les capacités d'écoute et de perception ;
- L'attitude encourageante et positive envers le coaché ;
- L'empathie ;
- La patience ; ▶
- Le détachement ;(par rapport à la personne coachée) ;
- L'objectivité ;
- La capacité de mémoriser rapidement les informations ;
- La conscience de son "Moi" (personnalité);
- L'intérêt pour la personne coachée.

4. Conditions pour un bon accompagnant encadreur

Pour mener à bien l'accompagnement des acteurs communautaires, l'agent encadreur doit avoir les dispositions suivantes :

- Une bonne connaissance du milieu (physique, sociologique, économique, culturel, linguistique ...)
- Une maîtrise des différents programmes et stratégies ;
- Une bonne connaissance des différents intervenants et leur domaine d'activité ;
- Une bonne capacité de communication avec les acteurs communautaires et les bénéficiaires ;
- Une bonne connaissance du système de santé local et des services d'appui technique.

5. Méthodologie et technique d'accompagnement (processus)

- Travailler avec les acteurs communautaires ;
- Responsabiliser les acteurs communautaires dans la mise en œuvre de l'activité ;
- Encourager les acteurs communautaires à l'utilisation de leurs propres ressources (connaissances, expériences, organisation, relations, logistique et finance)
- Fournir les feedbacks (suggestions) nécessaires aux acteurs communautaires au cours du déroulement des activités ;

- Renforcer, si nécessaire, les aptitudes des acteurs communautaires dans l'exécution des tâches ;
- Corriger avec tact les erreurs ou manquements constatés dans l'exécution des tâches ;
- Encourager l'implication / la participation de tous les membres de la communauté concernés par l'activité ;
- Promouvoir la compréhension et la complémentarité entre acteurs communautaires ;
- Renforcer la motivation intrinsèque des acteurs communautaires impliqués dans les activités ;
- Mettre en relation les communautés avec les partenaires (services de santé, collectivités locales, éducation, autres services d'appui) pour la mobilisation de ressources nécessaires non disponibles dans la communauté ;
- Encadrer les acteurs communautaires dans la documentation des activités menées.

6. Outils

L'agent encadreur peut développer des supports simples adaptés aux besoins d'accompagnement et à la nature des activités.

Sous module C5 : Modalités et Techniques d'évaluation

■ Objectifs :

- Définir l'évaluation
- Décrire les principales étapes de préparation et d'exécution de l'évaluation
- Décrire les qualités humaines requises pour un bon encadreur/accompagnant
- Expliquer les conditions nécessaires d'un bon accompagnement
- Décrire une méthode/technique d'accompagnement
- Elaborer une grille d'accompagnement

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Qu'est-ce que l'accompagnement ?*
- *Quel est l'objet de l'accompagnement ?*
- *Quelles qualités humaines sont nécessaires pour un bon encadreur/accompagnant ?*
- *Expliquer les conditions nécessaires d'un bon accompagnement ?*
- *Décrivez le processus par lequel l'accompagnement s'effectue ?*
- *Travail de groupe : Elaboration d'une grille d'accompagnement ?*

Apport d'informations

1. Définition

L'évaluation est un processus qui sert à déterminer (de manière aussi systématique et objective que possible) dans quelle mesure les besoins et les résultats du programme sont atteints, ou sont en train de l'être, et d'analyser les raisons de toute insuffisance.

L'évaluation vise à mesurer la pertinence et l'efficacité du programme. Elle mesure et détermine dans quelle mesure les ressources et services du programme améliorent la qualité de la vie des membres de la communauté..

L'évaluation intervient après un certain délai de mise en œuvre des interventions. Elle demande des investigations approfondies. Elle consiste à passer en revue les activités réalisées et les résultats obtenus en les appréciant sur la base d'éléments d'analyse ou d'outils. L'évaluation a pour but d'apporter des améliorations aux interventions.

A travers l'évaluation, l'on cherche à identifier les facteurs de succès et, ou d'échec explicatifs des résultats obtenus dans la mise en œuvre des interventions. Ces résultats sont appréciés par rapports aux objectifs initialement visés dans la mise en œuvre des interventions. De ces facteurs de succès ou d'échec sont tirés des

enseignements pour la suite de l'intervention ou pour d'autres interventions de même nature.

2. Principales étapes de l'évaluation

Plusieurs étapes doivent être observées dans un processus d'évaluation :

Phase A : Planifier l'évaluation

- Déterminer le but de l'évaluation.
- Décider du type d'évaluation ;
- Revoir l'information existante des documents de programme, notamment l'information du suivi.
- Décrire le programme.
- Formuler/perfectionner le cadre conceptuel.
- Evaluer vos propres forces et limitations.
- Créer une équipe d'évaluation avec tous les intervenants

Phase B : Choisir des méthodes d'évaluation appropriées

- Identifier les buts et objectifs de l'évaluation.
- Formuler les questions et sous-questions de l'évaluation.
- Décider du plan d'évaluation approprié.
- Formuler un calendrier d'évaluation.
- Etablir un budget pour l'évaluation.

Phase C : Collecter et analyser l'information

- Mettre au point des instruments de collecte de données.
- Pré tester des instruments de collecte de données.
- Réaliser des activités de collecte de données.
- Analyser les données.
- Interpréter les données.

Phase D : Communiquer les résultats

- Rédiger le rapport d'évaluation.
- Décider de la méthode de partage des résultats de l'évaluation.
- Décider des stratégies de communication.
- Transmettre le rapport préliminaire aux intervenants et le revoir, si nécessaire.
- Diffuser le rapport d'évaluation.
- Rencontrer les intervenants du projet pour discuter et faire un suivi des résultats une fois les résultats acceptés.

Phase E : Appliquer les recommandations de l'évaluation

- Mettre au point un plan nouveau/révisé de mise en oeuvre avec le concours des intervenants ;

- Suivre l'application des recommandations de l'évaluation et indiquer régulièrement les progrès au niveau de l'application ;
- Planifier l'évaluation suivante.

A côté de l'évaluation à proprement parler, il y a aussi l'autoévaluation qui se fait généralement avec des groupes à l'occasion de réunions de travail planifiées, préparées et organisées autour d'objectifs bien définis et de résultats attendus clairement formulés. Ces réunions sont organisées à différentes échelles de mise en œuvre des interventions tels que le site, la case, le village, le quartier, la collectivité locale, etc. Elles regroupent généralement les principales parties prenantes (acteurs clés) impliquées dans mise en œuvre des interventions.

MODULE D : VOILETS TECHNIQUES

Sous module D1 : Nutrition, IRA, Prise en charge Palu, gestion communautaire de la diarrhée, Soins à domicile du nouveau-né, TPI chez les enfants 0-5 ans, CU/Milda

Thème 1 : Nutrition/Alimentation de l'enfant

■ Objectifs :

- Définir l'allaitement maternel exclusif (AME)
- Décrire les modalités pratiques de mise en œuvre de l'AME
- Décrire les pratiques d'alimentation complémentaire adaptées au jeune enfant
- Expliquer les avantages et modalités pratiques de mise en œuvre des carences en vitamine A, fer et iode

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Qu'est-ce que l'AME ?*
- *Quelles sont les modalités pratiques de mise en œuvre de l'AME ?*
- *Quelles qualités humaines sont nécessaires pour un bon encadreur/accompagnant ?*
- *Quels sont les 3 grands groupes d'aliments ?*
- *Comment alimenter un enfant âgé de 6 à 8 mois ?*
- *Comment alimenter un enfant âgé de 9 à 11 mois ?*
- *Comment alimenter un enfant âgé de 12 à 24 mois ?*
- *Quelles sont les conséquences de la carence en vitamine A*
- *Comment donner la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois*
- *Quelles sont les conséquences de la carence en fer ?*
- *Quelles sont les stratégies de lutte contre la carence en fer ?*
- *Quelles sont les conséquences de la carence en iode ?*
- *Quelles sont les stratégies de lutte contre la carence en iode ?*

Apport d'informations

1. Allaitement maternel exclusif (AME)

1.1 Définition

L'allaitement maternel exclusif (AME) consiste à allaiter l'enfant jusqu'à 6 mois sans lui donner rien d'autre que le lait maternel.

1.2 Modalités pratiques de mise en œuvre de l'AME

Pour la mise en œuvre de l'AME, les conditions pratiques suivantes doivent être

respectées :

- Mise au sein précoce (dans les 30 minutes qui suivent la naissance)
- Tétées fréquentes et prolongées de jour comme de nuit (au moins 8 fois en 24 heures) ;
- Allaitement exclusif au sein pendant 6 mois sans donner de l'eau, des aliments ni autres boissons ;

2. Alimentation complémentaire de l'enfant

Au fur et à mesure que l'enfant grandit ses besoins alimentaires augmentent. Après 6 mois le lait ne suffit plus pour couvrir les besoins de l'enfant. L'alimentation complémentaire est un apport d'aliments qui vise à combler ce déficit. Ces apports reposent sur des repas préparés selon l'âge en tenant compte des grands groupes d'aliments.

2.1 Les groupes d'aliments et leurs origines

Les aliments sont classés en 3 grands groupes en fonction de leur rôle :

- **Les aliments constructeurs ou protéines:** ils apportent les matériaux nécessaires à la croissance
- **Les aliments énergétiques :** ils apportent à l'organisme la source de chaleur nécessaire à son fonctionnement.
- **Les aliments protecteurs** (eau, sels minéraux et vitamines) : Ils apportent à l'organisme des substances nécessaires à sa protection.

2.2 Alimentation d'un enfant de 6 à 8 mois

- Allaiter aussi souvent que possible de jour comme de nuit; donner de l'eau ; donner systématiquement des aliments de complément épais et enrichis comme de la soupe ; donner des bouillies enrichies avec du lait, de la pâte d'arachide, de huile de palme ou du jaune d'œuf ; donner des bouillon ou sauce contenant légumes, feuilles vertes, viande, ou poisson prélevés du plat familial et écrasés dans un bol ; donner un fruit local de saison nature ou sous forme de jus.

2.3 Alimentation d'un enfant de 9 à 11 mois

- Allaiter aussi souvent que possible de jour comme de nuit; donner de l'eau ; donner les 3 principaux repas dans un bol individuel et 2 goûters par jour ; donner 12 cuillérées à soupe du plat familial dans un bol individuel ; donner un fruit local de saison : nature ou sous forme de jus.

2.4 Alimentation d'un enfant de 12 à 24 mois

- Allaiter aussi souvent que possible de jour comme de nuit; donner de l'eau ; donner les 3 principaux repas dans un bol individuel et 2 goûters par jour ; pour chaque repas principal, donner 15 cuillérées à soupe du plat familial dans un bol individuel ; Petit déjeuner enrichi + une tasse de lait ; donner un gouter (lait caillé enrichi d'huile ou Pain + chocolat ou beurre ou un fruit local de saison : nature ou sous forme de jus)

3. Consommation et promotion des micronutriments

3.1 La vitamine A

- *La carence en vit A* a les conséquences suivantes : cécité crépusculaire (« Mbem peuñ »), et ses complications ; vulnérabilité face à certaines maladies (rougeole, diarrhée, malnutrition, IRA...) due à la baisse de l'immunité.
- *Les sources de vit A* sont le lait, la viande, le foie, le poisson, les œufs, l'huile de palme, les mangues, la papaye, la pastèque, les feuilles vertes comme le nébéday...
- *La supplémentation en vitamine A* se fait au cours des JNM et dans les structures de santé. Elle cible les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- *L'Administration de la vitamine A* aux enfants comme est faite comme suit :
 - Enfant de 6 mois à 11 mois : 1 capsule de 100.000 UI en 1 prise supervisée, tous les 6 mois;
 - Enfant de 12 à 59 mois : 1 capsule de 200.000 UI ou 2 capsules de 100.000 UI en une prise supervisée tous les 6 mois.

NB :Il ne faut pas donner de la vitamine A aux enfants de moins de 6 mois

3.2 Le fer

- *La carence en fer a les conséquences suivantes:* anémie, faible poids de naissance, vulnérabilité face aux maladies comme la rougeole, la diarrhée, la malnutrition, les IRA...
- *Les sources de fer* sont : aliments d'origine animale : foie, œuf, poisson, lait, aliments d'origine végétale : haricots, niébé, feuilles vertes comme le mbuum, salade...
- *La supplémentation des femmes enceintes et allaitantes en fer* se fait au cours des CPN et des CPON

3.3 L'iode

- *La carence en iode a pour conséquences :* crétinisme qui est une maladie mentale, retard de croissance chez l'enfant, avortement, 'accouchement prématuré
- *Les sources d'iode sont:* produits de la mer (poisson, crevettes, coquillages, sel iodé (Xorom sunu dooleel ak iode)

Thème 2 : Suivi /promotion de la croissance

■ Objectifs :

- Expliquer les avantages du suivi promotion de la croissance
- Décrire les indicateurs du suivi de la croissance
- Décrire le processus de préparation et d'organisation d'une séance de pesée
- Interpréter les résultats de la pesée en fonction de l'âge de l'enfant
- Décrire les étapes de la mobilisation communautaire pour le dépistage actif
- Expliquer les raisons et la technique d'utilisation du périmètre brachial
- Interpréter les résultats de la mesure du PB

- Déterminer les raisons et la méthode de recherche des œdèmes bilatéraux
- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Quels sont les avantages du suivi promotion de la croissance ?*
- *Quels indicateurs du suivi de la croissance sont généralement utilisés en santé communautaire ?*
- *Comment préparer et organiser une séance de pesée ?*
- *Quelles sont les principales étapes dans la pesée d'un enfant ?*
- Décrire le processus de préparation et d'organisation d'une séance de pesée
- Interpréter les résultats de la pesée en fonction de l'âge de l'enfant
- Décrire les étapes de la mobilisation communautaire pour le dépistage actif
- Expliquer les raisons et la technique d'utilisation du périmètre brachial
- Interpréter les résultats de la mesure du PB
- Déterminer les raisons et la méthode de recherche des œdèmes bilatéraux

Apport d'informations

1. Importance du suivi de la croissance

Le Suivi/promotion de la croissance permet d'apprécier régulièrement la croissance de l'enfant et prendre des décisions avec la mère sur les actions à entreprendre.

Un enfant bien portant prend du poids et il grandit. Cette augmentation du poids et de la taille est appelée croissance.

Un enfant qui ne grandit pas et ne grossit pas bien n'est probablement pas bien nourri ou il est malade.

Les parents ne peuvent pas savoir avec précision si leur enfant prend régulièrement du poids. La seule façon de le savoir c'est de peser l'enfant au moins une fois par mois.

2. Indicateurs du suivi de la croissance

Plusieurs indicateurs sont utilisés pour faire le suivi de la croissance de l'enfant :

Le poids-pour-âge est un moyen pour comparer le poids du corps par rapport à l'âge de l'enfant ; il permet un suivi régulier de l'enfant : si l'enfant a un gain de poids adéquat ou non à une date précise.

Le périmètre brachial est une mesure du tour de bras de l'enfant ; il permet le dépistage rapide de la malnutrition aiguë.

Les œdèmes bilatéraux sont causés par la présence excessive de liquide dans les tissus intracellulaires due à la malnutrition aiguë sévère ; la recherche systématique d'œdèmes sur les deux pieds permet de détecter les cas de Kwashiorkor.

Pour le suivi mensuel de la croissance de l'enfant au niveau communautaire, l'indicateur poids-pour-âge continuera d'être utilisé selon les normes OMS chez les

enfants âgés de 0 à 24 mois.

La surveillance nutritionnelle se fera à travers la mesure du périmètre brachial et de la recherche des œdèmes bilatéraux chez les enfants âgés de 6 à 59 mois une fois par trimestre.

3 La pesée

Les pesées seront organisées dans des endroits accessibles et à des heures qui conviennent aux mères. Il est nécessaire de constituer des groupes de pesée par quartier ou par organisation (tontine, tours, dahira, Mbotay, GPF....).

La constitution de groupes de pesée permet d'impliquer les responsables dans le choix des dates, du lieu, de l'information des mères et l'organisation matérielle de la pesée.

Pour assurer la qualité des prestations, les groupes de pesée doivent être constitués autour de 25 personnes par groupe

3.1 Préparation d'une séance de pesée

- Choisir avec les membres de chaque groupe une date, un lieu et une heure acceptés par tous .
- Choisir un lieu spacieux, aéré et équipé pour assurer un bon accueil des mères.
- Rappeler si nécessaire aux membres de chaque groupe la date, le lieu et l'heure de la pesée la veille de l'activité.
- Vérifier la disponibilité de la balance.
- Etalonner la balance avant la séance de pesée avec un poids étalon de 5 kg.
- Vérifier si c'est nécessaire, l'existence d'un support pour suspendre la balance.
- Vérifier la disponibilité des outils de gestion (registre, fiche de croissance, ...).
- Réserver un bon accueil aux mères.
- Ramasser les fiches de croissances et les classer par ordre d'arrivée avant de démarrer la séance.

3.2 Détermination l'âge de l'enfant

- Chercher la date de naissance dans son extrait d'état civil ou carnet de santé
- Estimer la date de naissance lorsqu'il n'existe pas de document officiel, comme suit :
 - En se basant sur certains évènements sociaux (Gamou, Magal, Korité, Tabaski, ...)
 - En demandant à la mère de comparer la date de naissance de son enfant par rapport à celle d'un autre enfant du voisinage qui serait né à la même période.
 - Une fois que la date de naissance est connue, déterminer l'âge en mois.

- Une autre méthode de détermination de l'âge de l'enfant est l'utilisation du « disque de calcul de l'âge de l'enfant » de l'OMS.

3.3 Principales étapes d'une pesée ?

La pesée comprend les étapes suivantes :

1. *Suspendre la balance* à une poutre ou une branche d'arbre avec une corde solide, en veillant à placer le cadran à hauteur du visage pour faciliter la lecture du poids.
2. *Etalonner la balance* avec un poids étalon de 5 kg avant la séance de pesée
3. *Régler la balance* en mettant la flèche du cadran à zéro (à faire à chaque pesée)
4. *Bien accueillir la mère*
5. *Demander à la mère de déshabiller son enfant* en enlevant tous les objets susceptibles d'influer sur le poids (gris-gris, bracelet, collier...)
6. *Nettoyer la culotte de la balance* et y placer l'enfant avec l'aide de la mère (à faire à chaque pesée)
7. *Lire le poids* quand la flèche est stable
8. *Enregistrer* le poids sur la fiche de croissance
9. *Retirer l'enfant de la culotte*, remercier la mère et lui demander de s'asseoir
10. *Interpréter* les résultats avec la mère
11. *Communiquer avec la mère* pour comprendre avec elle les résultats et discuter des dispositions pratiques (engagements) à prendre pour l'enfant et la remercier.

3.4 Interprétation du poids de l'enfant selon l'âge ?

Si le point inscrit sur la fiche de croissance est dans le: vert = Bon État Nutritionnel

Si le point inscrit sur la fiche de croissance est dans le jaune = malnutrition modérée

Si le point inscrit sur la fiche de croissance est dans le rouge = malnutrition sévère

4 Le dépistage actif de la malnutrition

4.1 Principales étapes de la mobilisation communautaire pour le dépistage actif

1. Identifier toutes les personnes ressources : chefs de village, chefs religieux, guérisseurs, « bajenu gox », notables, ... ;
2. Recenser les groupements actifs dans la communauté : association de femmes, associations de jeunes, dahiras, tontines,
3. Identifier les canaux de communication utilisés de façon formelle ou informelle afin de
4. Déterminer la meilleure manière de diffuser les messages ;
5. Identifier les croyances et attitudes traditionnelles par rapport à la santé et la nutrition (causes de la malnutrition, pratiques traditionnelles pour guérir la

malnutrition) afin de définir les messages clé à passer à la communauté ou aux différents groupes ;

- Recenser la population totale du village ou quartier et les enfants de 0-5 ans en précisant la tranche d'âge 6-59 mois ;
- Tenir des réunions, des causeries, des entretiens pour informer sur la malnutrition, les interventions, les bénéficiaires, les moyens qui seront utilisés, la nature de la participation communautaire, ... ;
- Planifier des activités de dépistage et déterminer les modalités pratique d'organisation (date, lieu, heure, besoins matériels, personnes impliquées, ...) ;
- Procéder au dépistage actif par la mesure du PB et la recherche d'œdèmes bilatéraux accompagné, si possible, d'une animation publique pour mobiliser les bénéficiaires ;
- Rechercher les absents et les abandons ;
- Faire le suivi à domicile des enfants malnutris;
- Restituer les résultats de la campagne ainsi que les difficultés rencontrées aux leaders et bénéficiaires.

4.2 Utilité de la mesure du périmètre brachial (PB)

- Le PB est mesuré dans la surveillance nutritionnelle.
- Le PB est une méthode utilisée au niveau communautaire pour détecter les cas de malnutrition aiguë.
- Le PB est utilisé chez les enfants de 6 à 59 mois ayant une taille supérieure à 60 cm.
- L'instrument utilisé pour la mesure du PB est le ruban « Centisouple »

4.3 Principales étapes de la mesure du périmètre brachial

1. Effectuer la mesure au niveau du bras gauche.
2. Trouver la pointe de l'épaule de l'enfant.
3. Trouver la pointe du coude de l'enfant.
4. Mettre le ruban (flèches montrant le début de graduation) à la pointe de l'épaule de l'enfant.

5. Tirer le ruban au-delà de la pointe du coude plié de l'enfant.
6. Marquer le point du milieu en divisant par 2 la distance entre la pointe de l'épaule et la pointe du coude.
7. Mesurer le PB au niveau du point marqué.
8. Ajuster la tension de la bande (pas trop serrée ni trop lâche.)
9. Ajuster la position du ruban et lire le périmètre du bras.

4.4 Interprétation des résultats du périmètre brachial

- Si le PB est **supérieur à 125 mm** (vert) = état nutritionnel normal.
- Si le PB est **entre 115 mm et 125 mm** (jaune) = malnutrition aiguë modérée (MAM).
- Si le PB est **inférieur à 115 mm** (rouge) = malnutrition aiguë sévère (MAS).

4.5 justifications de la recherche des œdèmes bilatéraux

- Les œdèmes bilatéraux sont la manifestation de la présence de quantités excessives de liquides entre les cellules du corps à cause d'une malnutrition aiguë. Ils sont plus visibles au niveau des jambes et des mains.
- La présence d'œdèmes bilatéraux est le signe du Kwashiorkor. Le Kwashiorkor est toujours une forme de malnutrition sévère.
- Les enfants qui ont des œdèmes bilatéraux sont à haut risque de mortalité et doivent être traités dans les centres de santé ou les centres de récupération (CREN)

4.6 Méthode de recherche des œdèmes bilatéraux

1. Les œdèmes sont évalués à la face antérieure de la jambe ou sur le dessus du pied. Les mains de l'enfant peuvent aussi être utilisées.
2. Exercer une pression moyenne d'environ 3 secondes sur les deux jambes (le temps de dire cent vingt et un, 122, 123).
3. Relâcher la pression la pression sur les deux jambes en même temps.
4. Si l'empreinte du pouce forme une dépression (un creux), l'enfant présente un œdème.
5. Il faut toujours s'assurer que les œdèmes sont présents sur les deux jambes avant

de déclarer l'enfant comme présentant une malnutrition aigue sévère.

6. Tout enfant qui présente des œdèmes bilatéraux doit être référer au poste de santé ou au CREN le plus proche pour être traité.

Thème 3 : Prise en Charge des cas de Malnutrition Aigue

■ Objectifs :

- Expliquer les principales étapes de l'approche de résolution de problème de malnutrition utilisant le cycle des 3 A
- Décrire la Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAM
- Expliquer l'importance du suivi à domicile dans la PEC de la MAM
- Décrire la Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAS
- Décrire la procédure de test de l'appétit chez un enfant atteint de MAS
- Décrire la Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAM sans complication

■ **Format :** Jeux de rôle, Plénière

■ **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière

■ **Durée :** 1 heure

■ **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Quelles sont les principales étapes du cycle des 3 A ?*
- *Comment prendre en charge un enfant atteint de MAM au niveau communautaire ?*
- *Pourquoi faire le suivi à domicile d'un enfant atteint de malnutrition ?*
- *Quelle est la conduite à tenir devant un enfant atteint de MAS ?*
- *Comment procéder pour faire le test de l'appétit chez un enfant atteint de MAS ?*
- *Quelle est la conduite à tenir devant un enfant atteint de MAS sans complication?*

Apport d'informations

1. Approche de communication pour la résolution des problèmes de malnutrition

La communication avec la mère s'appuie sur les « **trois A** » ou cycle de résolution des problèmes. Les trois étapes du cycle de résolution des problèmes sont :

1. *Apprécier le problème*, c'est-à-dire amener la mère à évaluer l'état nutritionnel de l'enfant ;

2. *Analyser les causes* possibles de l'état nutritionnel, c'est-à-dire discuter avec la mère sur la vaccination, les maladies de l'enfant et son alimentation ;

3. *Agir*, c'est discuter avec la mère sur les mesures appropriées pour améliorer la nutrition de l'enfant et négocier sur les mesures qu'elle s'engage à appliquer.

2. Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAM

- Le déparasitage avec du Mébendazole.
- La supplémentation en vitamine A et fer (l'administration du fer doit être supervisée par l'ICP).
- La distribution de supplément alimentaire (farine SENMIX si disponible).
- L'éducation nutritionnelle pour la mère ou la gardienne d'enfant suivant le cycle des « trois A ».
- Des activités d'éveil comme les jeux.
- Un suivi à domicile.
- Une séance de pesée tous les 15 jours.

3. Importance du suivi à domicile

Les enfants détectés MAM doivent être suivis régulièrement à domicile par le relais. Le suivi permet de :

- S'assurer que le paquet de services pour la prise en charge des MAM est effectivement délivré ;
- Évaluer l'environnement familial ;
- Détecter des problèmes rencontrés et des possibilités de solutions avec la famille ;
- Vérifier s'il gagne suffisamment de poids entre deux pesées consécutives ;
- Référer l'enfant au poste de santé ou CREN s'il ne gagne pas suffisamment de poids.

4. Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAS

- Tous les enfants présentant une MAS doivent être référés au niveau du poste de santé ou au CREN.
- Ils doivent faire l'objet d'un suivi très régulier par le Relais à travers les VAD, une fois de retour chez eux.
- Les VAD chez un enfant MAS permet au Relais de s'assurer que : l'enfant est bien parti à la référence, la mère respecte le traitement donné par l'ICP ou le CREN, l'enfant consomme bien l'aliment thérapeutique donné par l'ICP ou le CREN, la

maman respecte les rendez-vous et de vérifier que l'enfant gagne du poids.

5. Procédés pour faire le test de l'appétit

Tous les enfants diagnostiqués MAS doivent être soumis au test de l'appétit avec l'ATPE et leur état clinique doit être évalué par l'ASC formé à la prise en charge des enfants sévèrement malnutris sans complication. Cela permettra de tester l'appétit.

Le test de l'appétit est un des critères les plus importants pour déterminer si l'enfant atteint de MAS doit être pris en charge du patient au niveau communautaire ou en hospitalisation.

Ce test doit se faire à l'admission et à chaque visite si l'enfant est pris en charge à l'UREN-C.

Il doit être fait dans des conditions de patience et de calme.

Le test peut durer quelques minutes à une heure.

1. Expliquer à la mère le but et le déroulement du test.
2. La mère et l'enfant doivent tout d'abord se laver les mains avec de l'eau et du savon.
3. La mère doit s'asseoir confortablement avec l'enfant sur ses genoux, lui offrir le sachet de l'ATPE ou mettre un peu de pâte sur une cuillère propre ou sur le doigt ou sur les lèvres de l'enfant.
4. Si l'enfant refuse, la mère doit continuer gentiment à l'encourager.
5. L'enfant ne doit pas être forcé.
6. Il faut offrir à l'enfant suffisamment d'eau dans une tasse pendant qu'il prend son ATPE.

Mis dans de bonnes conditions, l'enfant avec malnutrition aiguë sévère est **capable** de manger une quantité définie d'**aliment thérapeutique prêt à l'emploi** (ATPE).

La quantité à donner pour ce « repas test » dépend du poids de l'enfant :

- enfants de moins de 5,5 kg, un quart (1/4) de sachet
- enfants entre 5,5 et 10 kg, un demi (1/2) sachet.

Les points ci-dessus réalisés, il est alors possible de savoir si l'enfant peut être pris en charge au niveau communautaire.

NB : si l'ICP vient en stratégie avancée et que cela coïncide avec un dépistage trimestriel de la MAS, tous les enfants diagnostiqués MAS doivent recevoir de l'eau sucrée (préparation à 10%) ou un morceau de sucre afin d'éviter l'hypoglycémie, en attendant d'être vu par l'ICP. Ajouter 2 cuillerées à café de sucre dans 100 ml d'eau potable et mélanger de façon homogène avant de donner à boire à l'enfant MAS.

6. Conduite à tenir devant un enfant atteint de MAS sans complication

➤ **Tous les enfants présentant une MAS sans complication doivent être pris en charge au niveau communautaire avec l'ATPE (aliment thérapeutique prêt à l'emploi).**

- Tout enfant atteint de MAS et présentant des œdèmes ou une perte d'appétit ou toute autre maladie associée doit être référé au poste de santé ou CREN le plus proche.
- Les cas de MAS sans complication sont des enfants sévèrement malnutris mais n'ayant pas d'œdèmes, pas de perte d'appétit et ne présentant aucune autre maladie associée.
- Devant tout enfant atteint de MAS ne présentant ni œdèmes ni autre maladie associée, l'ASC doit faire le test de l'appétit pour vérifier s'il y a perte de l'appétit ou non.
- Si l'appétit est conservé, il devra peser l'enfant pour savoir le nombre de sachets d'ATPE à donner par semaine.
- Ils doivent faire l'objet d'un suivi très régulier par les acteurs communautaires.
- Les VAD seront effectuées une fois par semaine chez un enfant atteint de MAS non compliquée et pris en charge au niveau communautaire et permettent de s'assurer que: l'enfant ne présente pas de complication depuis la dernière visite, la mère respecte le traitement donné par l'ICP ou le CREN, l'enfant consomme bien le supplément alimentaire (farine thérapeutique) donné par l'ICP ou le CREN, la maman respecte les rendez-vous et de vérifier que l'enfant gagne du poids.

➤ **Si l'enfant doit être pris en charge à l'UREN-C, suivre dans l'ordre les recommandations ci-après :**

1. Donner à l'enfant de l'eau sucrée 10% à boire, si nécessaire.
2. Peser et mesurer l'enfant
3. Remplir la fiche d'enregistrement et de suivi (à garder à l'UREN-c)
4. Donner à l'enfant la 1^{ère} dose des médicaments de routine
4. Faire les petits soins usuels
5. Donner à la mère un nombre de sachets d'ATPE pour une semaine de traitement (voir page suivante)
6. *Dire à la mère et insister que c'est un aliment comme un médicament et qu'il ne doit pas être donné à Un autre membre de la famille*
7. Expliquer et démontrer à la mère comment donner l'ATPE en **8 repas par jour**
8. *Si la mère allaite, lui recommander de donner en premier le Plumpy'nut et seulement après chaque ration, lui donner le sein. Si l'enfant n'est plus au sein, dire à la mère de donner à boire de l'eau propre à l'enfant après le Plum py'nut et ceci après chaque ration*
9. Dire à la mère de ne pas arrêter d'alimenter l'enfant s'il a la diarrhée et de continuer de lui donner à boire

10. Donner à la mère la carte de rations avec la date de la prochaine distribution de Plumpy'nut en insistant sur l'importance de se présenter chaque semaine
11. Donner à la mère les médicaments de routine que l'enfant devra prendre à la maison et lui montrer quand et comment les donner
12. Dire à la mère que son enfant risque de se refroidir rapidement et qu'il doit le protéger en le couvrant avec des habits ou une couverture
13. Donner des conseils nutritionnels
14. Donner des conseils d'hygiène
15. Demander à la mère de rapporter aux consultations de suivi les sachets vides consommés d'ATPE
16. Dire à la mère d'amener le carnet de vaccination de l'enfant s'il n'a pu être consulté lors de l'inscription dans le programme
17. Dire à la mère d'amener un sac plastique pour transporter le Plumpy'nut.
18. Vérifier la compréhension de la mère
19. Dire à la mère la date du prochain RV
20. Apprendre à la mère les signes indiquant quand revenir immédiatement
21. Faire des visites à domicile
22. Rechercher les cas d'abandon

Quantité d'ATPE à fournir aux enfants MAS sans complication

Classe de poids en kg	Nombre de sachets par jour (200 Kcal/kg/j)	Nombre de sachets par semaine
3,5 – 3,9	1,5	11
4,0 – 5,4	2	14
5,5 – 6,9	2,5	18
7,0 – 8,4	3	21
8,5 – 9,4	3,5	25

9,5 – 10,4	4	28
10,5 – 11,9	4,5	32
>=12	5	35

L'ATPE est un aliment thérapeutique prêt à l'emploi à base de pâte d'arachide, enrichi en vitamines et sels minéraux, et spécifique pour le traitement de la malnutrition sévère.

Il existe dans le commerce des sachets d'ATPE pesant 92 g et apportant environ 500 kcal.

NB: NE JAMAIS donner d'ATPE aux enfants de moins de 6 mois (ou de poids < à 3,5kg)

- Ne jamais donner du Zinc à un enfant sous ATPE (en contient déjà en bonne quantité)

Instructions à donner à la mère pour le traitement de l'enfant à la maison

1. Montrer à la mère comment ouvrir le sachet d'ATPE et l'administrer à l'enfant à la maison.
2. Recommander à la mère de répartir la quantité journalière d'ATPE en 8 prises, au moins pendant la première semaine de prise en charge, et toujours avant le repas familial.
3. Si l'enfant est encore allaité, demander à la mère de le mettre au sein après l'administration d'ATPE.
4. L'ATPE étant un aliment compact qui provoque la soif, demander à la mère de donner à boire à l'enfant après toute prise, même en petite quantité, afin de maintenir la bonne hydratation, surtout chez les plus jeunes qui ne savent pas demander à boire.
5. Demander à la mère de revenir à la case chaque semaine le jour du rendez-vous avec les sachets vides d'ATPE afin de confirmer que le produit n'a pas été vendu et que l'enfant a tout pris.

Thème 5 : Prise en charge et Prévention de la diarrhée

■ Objectifs :

- Définir la diarrhée
- Expliquer l'ampleur et la gravité de la diarrhée
- Décrire les 3 principaux types de diarrhée
- Définir la déshydratation et ses principaux signes
- Décrire la conduite à tenir en cas de diarrhée
- Décrire les avantages, la préparation et l'administration de la SRO

- Décrire les avantages et le mode d'administration du zinc
- Expliquer les avantages et l'alimentation de l'enfant diarrhéique
- Décrire les signes de quand revenir et les signes de gravité de la diarrhée
- Décrire les mesures de prévention de la diarrhée
- Expliquer les stratégies communautaires de dépistage actif de la diarrhée

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotch

■ Questions

- *Comment définissez-vous la diarrhée?*
- *Pourquoi la diarrhée est grave ?*
- *Quelles sont les conséquences de la diarrhée ?*
- *Quels sont les différents types de diarrhée ?*
- *Qu'est-ce que la déshydratation ?*
- *Quels sont les signes de la déshydratation ?*
- *Quelles sont les 4 règles de prise en charge de la diarrhée à domicile ou à la case de santé ?*
- *Pourquoi donner la SRO à l'enfant diarrhéique ?*
- *Comment donner la SRO à l'enfant diarrhéique ?*
- *Pourquoi donner le zinc l'enfant diarrhéique ?*
- *Comment donner le zinc à l'enfant diarrhéique ?*
- *Comment alimenter l'atteint de diarrhée ?*
- *Quels sont les signes qui doivent inciter la mère à ramener l'enfant à la structure de santé ?*
- *Quels sont les signes de gravité de la diarrhée ?*
- *Quelles sont les mesures de prévention de la diarrhée ?*
- *Comment organiser le dépistage actif de la diarrhée au niveau communautaire ?*

■ Apport d'informations

1. **Définition :** La diarrhée est une émission fréquente (plus que d'habitude) de selles liquides.
2. **Ampleur et gravité de la diarrhée :** La diarrhée est la 2^e cause de mortalité des enfants de moins de 5ans.
3. **Conséquences de la diarrhée :** La diarrhée a 2 conséquences majeures qui entraînent la mort : la déshydratation rapide et la malnutrition.
4. **Différents types de diarrhée :** Il existe 3 types de diarrhée : La diarrhée aigüe, la diarrhée sanglante (sang dans les selles) et la diarrhée persistante (plus de 14 jours)
- 5 **Définition de la déshydratation :** La déshydratation est un dessèchement du corps. Elle est causée par des pertes d'eau et d'électrolytes (substances qui permettent au corps de garder l'eau). La déshydratation est la conséquence la plus

grave de la diarrhée. C'est à cause de la déshydratation que la diarrhée tue.

6 Signes de la déshydratation : Les signes de déshydratation sont :

- Agitation et irritabilité
- Yeux enfoncés
- Soif intense
- Léthargie
- Pli cutané abdominal persistant

NB : En présence d'un de ces signes, l'AC doit référer l'enfant

7 Prise en charge de la diarrhée simple

7.1 La SRO est une des composante clés de la prise en charge de la diarrhée à domicile ; une SRO mal préparée ou mal administrée est moins efficace.

7.2 Le zinc est un produit qui a beaucoup d'avantages dans le traitement de la diarrhée et la santé globale de l'enfant mais, il n'est pas bien connu des mères. Il faut que l'AC sache bien expliquer à la mère les avantages et comment administrer le zinc pour que l'enfant malade puisse profiter de tous les avantages de ce produit.

7.3 Prise en charge de la diarrhée

La prise en charge à domicile d'un enfant qui a la diarrhée repose sur 4 règles:

- Donner rapidement la SRO et plus de liquide ou aliments liquides pour prévenir la déshydratation ;
- Donner du Zinc pendant 10 jours ;
- Poursuivre l'alimentation de l'enfant ;
- Expliquer à la mère ou à l'accompagnante quand revenir.

Mode de préparation de la SRO

- Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon:
- Laver les ustensiles à utiliser et du au savon:
- Mesurer l'eau potable à l'aide d'une mesure d'un litre;
- Mettre cette eau dans un récipient propre;
- Déchirer le sachet et verser le contenu dans le récipient contenant de l'eau potable (1 litre)

Remarque : Mettre 5 sachets s'il s'agit du sachet conçu pour 200 ml

- Bien mélanger avec une cuillère propre jusqu'à la dissolution totale.

Mode d'administration de la SRO

Faire boire la SRO de jour comme de nuit pour remplacer l'eau que l'enfant a perdue avec la diarrhée:

- Donner la SRO en petites quantités de manière intermittente;
- Donner une quantité de SRO après chaque selle ou vomissement et à la demande;
- **Toujours bien couvrir la solution;**
- Jeter la solution 24 heures après sa préparation et prépare une autre solution

Avantages du zinc

Le Zinc a 5 avantages majeurs :

- Diminue la durée de l'épisode de diarrhée ;
- Diminue la gravité de l'épisode de diarrhée ;
- Prévient les épisodes de diarrhée et la pneumonie pendant 2 à 3 mois après supplémentation ;
- Augmente la croissance
- Peut améliorer l'appétit.

Présentation du zinc

- Le Zinc est présenté sous forme de plaquettes de comprimés
- Chaque plaquette compte 10 comprimés
- Le comprimés est dosé à 20mg
- Les comprimés se dissolvent facilement dans l'eau

Posologie du zinc

Le zinc s'administre au cours d'un épisode de diarrhée comme suit:

- Enfant de 2 à 6 mois : 1/2 comprimé de 20 mg par jour pendant 10 jours
- Enfant 6 mois et plus : 1 comprimé de 20 mg par jour pendant 10 jours
- Au cours d'un épisode de diarrhée, il faut administrer le Zinc en même temps que la SRO ;
- L'association du zinc avec la SRO diminue la fréquence, la gravité et la durée de la diarrhée

Alimentation de l'enfant diarrhéique

Les aliments favoris à donner à l'enfant qui a la diarrhée sont:

- Le lait maternel : si l'enfant est au sein l'allaiter plus que d'habitude de jour comme de nuit ;
- Des repas : trois repas prélevés du plat familial + deux collations
- Des fruits de saison : pastèque « xal », banane, « new », « ditax »;
- Des bouillies enrichies avec de l'huile de palme, du lait ou des œufs ;
- Donner un repas supplémentaire : (daxin, laaxu caxaan, ngurban, pepesu, ..) au moins pendant 15 jours après la diarrhée.
- Il faudrait tenir compte des disponibilités locales

Les signes de quand revenir

◇ Les signes de gravité de la diarrhée sont:

- L'enfant vomit de façon répétée.
- L'enfant a toujours soif (soif intense : bouche et lèvres sèches)
- L'enfant est incapable de manger, de boire ou de téter
- L'enfant a de la fièvre
- L'enfant a du sang dans les selles
- L'enfant est léthargique (Loof) /inconscient
- **NB:** En présence d'un seul de ces signes il faut référer très tôt vers le poste de santé.

8 La prévention de la diarrhée

La prévention de la diarrhée repose sur 6 principales mesures :

- Amélioration des pratiques nutritionnelles (Application de l'allaitement maternel exclusif (AME, sevrage progressif....)
- Utilisation d'une eau potable ;
- Lavage des mains au savon
- Respect du calendrier vaccinal
- Hygiène du milieu ;
- Protection des aliments contre les mouches, les cafards,...

8.1 Dépistage actif de la diarrhée

Le dépistage actif consiste à rechercher et prendre en charge les cas de diarrhée dans la communauté.

➤ **Préparation du dépistage actif des cas de diarrhée**

Pour préparer le dépistage actif l'acteur communautaire doit préparer une trousse comprenant :

- le cahier de prise en charge et de suivi,
- les médicaments (la SRO et le Zinc),
- les supports IEC (carte conseils),
- la fiche technique ou manuel de gestion communautaire de la diarrhée.

➤ **L'acteur communautaire doit rechercher** en présence de chaque enfant qui fait une diarrhée les signes de gravités de la diarrhée;

➤ **Les occasions de dépistages** : Le dépistage actif se fait au cours de 5 occasions à ne pas rater :

- Visites à domiciles ;
- Séances de vaccination;
- Séances de pesée ;
- Séances de dépistage de la malnutrition aigüe ;
- Journées de Survie de l'Enfant (JSE), Journées Nationales de Vaccination (JNV) et toutes autres campagnes de masses.

➤ **Les étapes du dépistage actif:**

- Préparation du dépistage actif ;
- Interrogatoire de la mère / gardienne d'enfants ;
- Rechercher des signes qui permettent de classer l'enfant ;
- Référence des cas graves ;
- Traitement des cas simples sur place.
- Noter toutes les informations

➤ **Traitement des cas simples**

L'AC doit traiter les cas simples sur place en faisant comme suit:

- Préparer et donner rapidement de la SRO ;
- Montrer et expliquer à la mère/gardienne comment préparer et donner la SRO à l'enfant qui a la diarrhée ;
- Donner du Zinc;
- Demander à la mère de continuer à donner le zinc pendant 10 jours même si la diarrhée de l'enfant s'arrête ;
 - Demander à la mère/gardienne de donner plus de liquide ou aliments liquides pour prévenir la déshydratation ;
 - Demander à la mère/gardienne de poursuivre l'alimentation de l'enfant ;
 - Expliquer à la mère/gardienne quand revenir.

➤ **Documentation du dépistage** : L'AC doit noter systématiquement toutes les informations concernant chaque cas de diarrhée dépisté qu'il soit traité ou référé. Il doit noter sur le cahier de suivi les informations suivantes:

- Les informations concernant l'identification de l'enfant;
- La date de dépistage;
- Les résultats de la recherche des signes de gravité;
- Les résultats de la recherche des signes de déshydratation;
- Les mesures prises (référence, traitement sur place;
- Les conseils donnés à la mère/gardienne;
- La date de la prochaine visite de suivi.

➤ **Suivi des cas**

Le suivi des cas de diarrhée à domicile est le fait de se rendre dans les domiciles des enfants dépistés pour diarrhée et qui ont commencé leur traitement.

Le suivi des cas de diarrhée à domicile vise à vérifier l'évolution de la maladie de l'enfant, prendre l'une des deux décisions suivantes, continuer le traitement de l'enfant à domicile, ou référer l'enfant dont la diarrhée s'aggrave.

➤ **Etapes du suivi des cas**

Le suivi des cas comprend 6 étapes:

- Préparer le suivi des cas
- Préparer un itinéraires
- Faire la première visite de suivi
- Faire la deuxième visite de suivi
- Faire la troisième visite de suivi

➤ **Tâches de suivi**

Lors de la première visite de suivi l'AC doit:

- Vérifier si l'enfant a pris la SRO et le Zinc comme indiqué ;

- Vérifier si l'enfant présente un ou des signes de danger ;
- Vérifier si l'enfant présente un ou des signes de déshydratation ;
- Vérifier l'évolution de la fréquence et l'aspect des selles ;
- Donner les conseils d'hygiène et d'alimentation à la mère ;
- Noter toutes les informations dans le cahier de suivi.

Thème 6: Prise en charge et prévention du paludisme

■ Objectifs :

- Définir le paludisme simple
- Expliquer l'ampleur et la gravité du paludisme
- Décrire la cause et le mode de transmission du paludisme
- Décrire les signes du paludisme simple
- Expliquer la conduite à tenir devant un cas de fièvre
- Décrire les signes de gravité du paludisme
- Démontrer la technique de confirmation du paludisme avec le test diagnostic rapide
- Décrire la présentation, la posologie et les effets secondaires des principaux médicaments utilisés dans le traitement du paludisme simple
- Expliquer les mesures de prévention du paludisme
- Expliquer les modalités pratiques et les précautions d'utilisation de la SP dans le traitement préventif intermittent de la femme enceinte
- Expliquer les modalités pratiques et les précautions d'utilisation de la SP et de l'Amodiaquine dans la chimio prévention du paludisme saisonnier
- Décrire les autres stratégies de prévention utilisées au Sénégal

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

- *Comment définissez-vous le paludisme simple ?*
- *Comment expliquez-vous l'ampleur et la gravité du paludisme ?*
- *Décrire la cause et le mode de transmission du paludisme ?*
- *Quels sont les signes du paludisme simple ?*
- *Comment reconnaître la fièvre ? que faire en cas de fièvre ?*
- *Quels sont les signes de gravité du paludisme ?*
- *Démonstration de la technique de confirmation du paludisme avec le test diagnostic rapide*
- *Quels sont les médicaments utilisés dans le traitement du paludisme simple ?*
- *Pour chaque médicament, décrire la présentation, la posologie et les effets secondaires ?*
- *Quelles sont les mesures de prévention du paludisme ?*
- *Par quels moyens la femme enceinte est-elle protégée du paludisme ?*
- *Expliquer les modalités pratiques et les précautions d'utilisation de la SP dans le traitement préventif intermittent de la femme enceinte*
- *Par quels moyens les enfants de moins de 5 ans sont-ils protégés du paludisme ?*

- *Expliquer les modalités pratiques et les précautions d'utilisation de la SP et de l'Amodiaquine dans la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants.*
- *Quelles sont les autres stratégies de prévention utilisées au Sénégal*

■ Apport d'informations

1. Paludisme simple

1.1 Définition de cas

Est considéré comme paludisme simple, tout cas de fièvre sans signes de gravité avec une **confirmation biologique** (TDR ou GE/FS).

- Au Sénégal, Le paludisme est l'une des maladies de l'enfant les plus fréquentes, elle est encore celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.
- Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte.

1.2 Mode de transmission du paludisme

Le paludisme est transmis à l'homme par la femelle d'un moustique appelé anophèle

1.3 Cause du paludisme

Le paludisme est causé par un parasite qui s'appelle plasmodium

1.4 Signes du paludisme

Il existe deux formes de paludisme : le paludisme simple et le paludisme grave.

◆ Signes du paludisme simple

- Corps chaud plus marqué le soir
- Frissons et sueurs ;
- Maux de tête ;
- Douleurs au dos et aux articulations
- Nausées.

◆ Comment reconnaître un corps chaud?

Pour savoir si le corps d'une personne est chaud, il faut appliquer une des méthodes suivantes :

- De préférence, prendre la température à l'aide d'un thermomètre ;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main;
- Si la température est inférieure à 39° 5 sans aucun signe de gravité, faire le test rapide (TDR) pour confirmer ou non le diagnostic du paludisme ;

- Si le TDR est positif, traiter à la case ;
- Si la température est supérieure ou égale à 39° 5, référer.

◆ Signes de gravité du paludisme

- corps très chaud (39°5 et plus)
- les vomissements répétés
- les yeux jaunes
- les urines rares ou concentrées
- l'incapacité de manger, de boire ou de téter
- la léthargie/inconscience
- Etat de choc (TA systolique < 70 mmhg chez l'adulte et 50 chez l'enfant)
- les convulsions
- saignements
- Œdème des poumons

NB: Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être référée au poste de santé le plus vite possible.

1.5 Confirmation du Paludisme par le Test de Diagnostic Rapide (TDR)

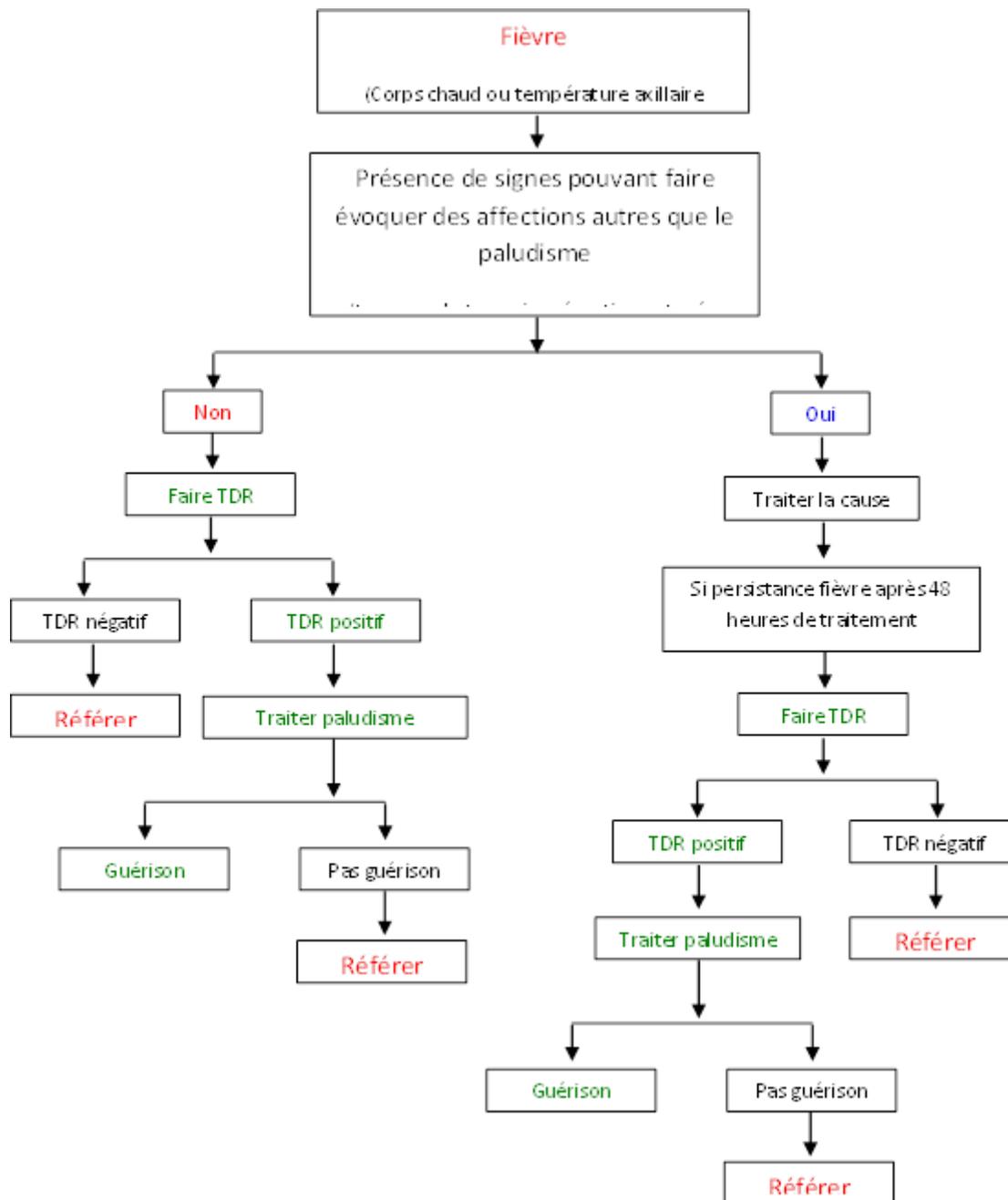
◆ Etapes de l'utilisation du TDR ?

- Avant de faire le TDR, regarder s'il y a des signes pouvant faire évoquer des affections autres que le paludisme : toux, crachats, éruption cutanée, écoulement de l'oreille.
- Toujours utiliser une surface propre et plane.
- Mettre le test à la température ambiante,
- Ouvrir le test juste avant l'emploi,
- Mettre sur la cassette le code, le numéro du patient et la date,
- Prélever 5 microlitres de sang à la pulpe du doigt à l'aide de l'anse de prélèvement,
- Déposer les 5 microlitres de sang dans le puits A,
- Déposer 6 gouttes de la solution tampon dans le puits B verticalement,
- Laisser reposer le test sur la surface plane,
- Attendre au plus 15 minutes pour la lecture du résultat.

◆ Comment lire le résultat du TDR ?

- Le résultat est négatif (-) si une seule bande apparaît sur la ligne C.
- le résultat est positif (+) s'il y a deux (2) bandes apparaissant sur les lignes C et T.
- Le résultat est invalide (x) si aucune bande n'apparaît pendant 15 minutes et dans

ce cas reprendre la technique avec un autre test.



1.6 Molécules utilisées

L'OMS recommande d'utiliser les associations thérapeutiques à base d'Artémisinine pour traiter les cas de paludisme simple à *Plasmodium. falciparum*.

Au Sénégal, les différentes ACT recommandées pour le traitement du paludisme simple sont les suivantes:

- Artémether + Luméfantrine,

- Artésunate + Amodiaquine,
- Dihydroartémisinine- Pipéraquline phosphate

1.6.1 Artémether-Luméfantine(A-L)

Présentation

Ces produits sont actuellement disponibles en association fixe sous la forme de comprimés **dispersibles (formes pédiatriques)** ou **ordinaires** contenant 20 mg d'Artémether et 120 mg de Luméfantine. Cette association est présentée sous forme de 4 kits qui diffèrent par le nombre de comprimés :

- Kits **Nourrissons** de 6 comprimés
- Kits **Petit Enfant** de 12 comprimés
- Kits **Grand Enfant** de 18 comprimés
- Kits **Adultes** de 24 comprimés

Posologie

Le traitement recommandé consiste à administrer 2 doses par jour, espacées de 12 heures, pendant 3 jours. La posologie est fonction du poids ou de l'âge.

➤ Selon le poids

La dose recommandée est de 4mg/kg pour l'artémether et 12mg/kg pour la luméfantine, deux fois par jour pendant 3 jours.

➤ Selon l'âge :

Les posologies par tranche d'âge ont été résumées dans le tableau ci-dessous :

Age	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour
2-11 mois	1 Comprimé X 2 / J	1 Comprimé X 2 / J	1 Comprimé X 2 / J
1-5ans	2 Comprimés X 2 / J	2 Comprimés X 2 / J	2 Comprimés X 2 / J
6-13ans	3 Comprimés X 2 / J	3 Comprimés X 2 / J	3 Comprimés X 2 / J
14ans et plus	4 Comprimés X 2 / J	4 Comprimés X 2 / J	4 Comprimés X 2 / J

Effets indésirables

Les effets indésirables sont fonction de la molécule utilisée

❖ **Artémether**

- Diminution des réticulocytes, plus rarement des leucocytes.
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales.

- Élévation transitoire des transaminases
- Bradycardie, bloc auriculo-ventriculaire du premier degré.

❖ **Luméfantine**

- Troubles du sommeil, céphalées, étourdissements.
- Palpitations.
- Douleurs abdominales, anorexie, diarrhée, nausées, vomissements.
- Prurit.
- Asthénie

1.6.2 Artésunate - Amodiaquine(AS-AQ)

Présentation

Ces produits sont actuellement disponibles en association fixe sous la forme de comprimés sécables avec différents dosages possibles :

Présentation	Artésunate	Amodiaquine
Plaquettes de 3cp	25 mg	67,5 mg
Plaquettes de 3cp	50 mg	135 mg
Plaquettes de 3 et de 6cp	100 mg	270 mg

Posologie

La posologie est fonction du poids ou de l'âge.

Le traitement recommandé consiste à administrer une dose par jour à heure fixe pendant 3 jours. La dose est de 4 mg/kg/jour d'artésunate et de 10 mg/kg/jour d'amodiaquine pendant trois jours.

Intervalle de poids/intervalle d'âge approximatif	Dosage/ Présentation de l'ACT	1 ^{er} jour	2 ^e jour	3 ^e jour
≥4,5 kg à <9 kg (2 à 11 mois)	Artésunate/Amodiaquine (FDC) 25 mg/67,5 mg <i>blister de 3 comprimés</i>	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé
≥9kg à <18kg (1 à 5 ans)	Artésunate/Amodiaquine (FDC) 50 mg/135 mg <i>blister de 3 comprimés</i>	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé
	Artésunate/Amodiaquine	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé

≥18kg à <36kg (6 à 13 ans)	(FDC) 100 mg/270 mg <i>blister de 3 comprimés</i>			
≥ 36kg (14 ans et plus)	Artésunate/Amodiaquine (FDC) 100 mg/270mg <i>blister de 6 comprimés</i>	2 comprimés	2 comprimés	2 comprimés

✚ Effets indésirables

❖ Amodiaquine

- **Effets indésirables mineurs** : prurit, urticaire, pigmentation ardoisée, troubles digestifs, troubles oculaires
- **Effets indésirables majeurs** : hépatite, agranulocytose (au décours de prises prolongées d'Amodiaquine)

❖ Artésunate

- Diminution des réticulocytes, plus rarement des leucocytes.
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales

1.6.2 Présentation *Dihydroartémisinine- Pipéraquline phosphate*(DHA-PQ)

✚ Présentation

Ces médicaments sont actuellement disponibles en association fixe sous la forme de comprimés contenant 40 mg de Dihydroartémisinine et 320 mg de Pipéraquline.

✚ Posologie

Cette combinaison est administrée selon l'âge ou le poids.

La dose recommandée est de 4 mg/kg/jour de dihydroartémisinine et de 18 mg/kg/jour de pipéraquline phosphate, administrée une fois par jour à heure fixe **pendant 3 jours.**

Pour les jeunes enfants, les comprimés peuvent être écrasés et dilués dans un peu d'eau.

La posologie consiste en une prise unique chaque jour pendant 3 jours successifs.

La dose selon l'âge ou le poids est résumée dans le tableau ci-dessus :

Poids	Age	1er jour	2ème jour	3ème jour
5 à 9,9kg	6mois - 1an	1/2 comprimé	1/2 comprimé	1/2 comprimé
10 à 20kg	2-7ans	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé
20 à 40kg	8-13ans	2 comprimés	2 comprimés	2 comprimés

≥ 40kg	≥ 14ans	3 comprimés	3 comprimés	3 comprimés
--------	---------	-------------	-------------	-------------

+ Effets indésirables

- Nausées, diarrhée, anorexie
- Prurit, éruption cutanée
- Diminution des réticulocytes et légère augmentation des enzymes hépatiques

2 Paludisme et grossesse

2.1 Le traitement préventif intermittent (TPI)

2.1.1 Principes du TPI.

Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse se base sur l'hypothèse que toute femme qui habite une zone de forte transmission palustre a des parasites du paludisme dans le sang ou dans le placenta, qu'elle ait ou non des symptômes de paludisme.

L'OMS recommande donc que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de Sulphadoxine-Pyriméthamine (SP) (lors de chaque contact après le 1^{er} trimestre) après l'apparition des mouvements actifs du fœtus. Des doses supplémentaires peuvent être administrées jusqu'à l'accouchement en respectant l'intervalle d'au moins un mois entre deux prises. Chaque dose supplémentaire protège d'avantage la femme enceinte et le fœtus.

Le fait d'empêcher les parasites de s'attaquer au placenta aide le fœtus à se développer normalement et lui évite une insuffisance pondérale à la naissance.

Le gouvernement du Sénégal a adopté une politique de gratuité de la SP.

2.1.2 Modalités du traitement

Posologie : La SulfadoxinePyriméthamine comprimé de 500mg (S) et 25mg (P) doit être administrée à la femme enceinte en une seule dose (3 comprimés)

Modalités d'administration : L'administration se fera lors des consultations prénatales ou lors de tout autre contact avec la structure sanitaire pendant les 2^{ème} et 3^{ème} trimestres.

- **1ère dose :** à partir de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée ou dès perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.

- **2ème dose : au moins** un mois après la première dose

- Des doses supplémentaires : administrées en respectant un intervalle d'au moins un mois entre deux doses.

Important :

- La Sulfadoxine- Pyriméthamine doit être donnée gratuitement et administrée pendant la consultation prénatale sous la supervision d'un agent de santé à travers le traitement directement observé (TDO)

- Une troisième dose de SP à un mois d'intervalle de la deuxième sera administrée obligatoirement à toute femme enceinte séropositive au VIH.
- la SP est contre-indiquée chez la femme enceinte séropositive au VIH sous cotrimoxazole.
- La femme enceinte peut recevoir la SP jusqu'à l'accouchement sans risque en respectant l'intervalle d'au moins un mois entre deux doses.
- La SP peut être prise à jeun ou avec des aliments

2.1.3 Effets indésirables de la SP

- Effets indésirables majeurs :
Réactions cutanées allergiques graves : Syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson
Anomalies hématologiques : leucopénie, thrombopénie, anémie mégalo-blastique
- Effets indésirables mineurs :
Troubles gastro-intestinaux

NB :

Le prestataire doit :

- prendre en charge les effets indésirables mineurs
- référer les effets indésirables graves vers les centres de santé et hôpitaux
- notifier systématiquement tous les cas d'effets indésirables sur les fiches de pharmacovigilance

2.1.4 Précautions d'utilisation de la SP chez la femme enceinte

- Durant le premier trimestre de la grossesse (avant la 16^{ème} semaine d'aménorrhée) la Sulfadoxine-Pyriméthamine qui est un antifolate, n'est pas recommandée. Il n'est établi que la SP ait des effets tératogènes ou d'autres effets nuisibles sur le fœtus lorsqu'elle est administrée lors des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres (après apparition des mouvements actifs du fœtus).
- Un intervalle d'au moins un mois doit être respecté entre deux prises de SP ; à cause de sa longue demi-vie la SP pourrait avoir un effet cumulatif.
- La Sulfadoxine- Pyriméthamine ne doit pas être administrée à des femmes ayant des antécédents d'hypersensibilité ou d'allergie aux médicaments à base de sulfamide.

3. Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)

3.1 Médicaments

Les médicaments recommandés au Sénégal pour la CPS sont les suivants :

- Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) /500/25mg/cp
- Amodiaquine (AQ) 150mg/cp

3.2 Indications de la CPS

Populations cibles : enfants de 3 à 120 mois vivant en zones de forte endémicité avec l'essentiel des cas et de la pluviométrie concentrés sur 3 à 4 mois (Juillet à Octobre)

3.2 Posologie

La CPS est administrée aux posologies ci-dessous selon les trois groupes d'âge définis:

Groupes d'âge	Jour 1 *	Jour 2	Jour 3
3-11 mois	½ cp SP + ½ cp Amodiaquine	½ cp Amodiaquine	½ cp Amodiaquine
12-59 mois	1 cp SP + ½ cp Amodiaquine	1 cp Amodiaquine	1 cp Amodiaquine
5-9 ans	1½ cp SP + 1½ cp Amodiaquine	1½ cp Amodiaquine	1½ cp Amodiaquine

* La prise du 1^{er} Jour est faite sous TDO.

3.4 Contre-indications

- Enfants ayant reçu un de ces médicaments ou une association contenant SP ou AQ dans les 9 jours précédant le passage
- Enfants ayant des antécédents allergiques supposés après prise de sulfamides ou d'amodiaquine
- Enfants porteurs du virus de l'immunodéficience acquise, recevant du cotrimoxazole en traitements prophylactique contre les infections opportunistes

3.5 Effets indésirables

Les médicaments utilisés dans la CPS sont efficaces et sûrs, mais ils peuvent provoquer des manifestations indésirables qui peuvent être mineures, modérées ou graves (sévères). Les manifestations graves décrites dans la littérature et qu'il faut absolument surveiller et investiguer sont :

- les manifestations dermatologiques : syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson
- les manifestations hématologiques: leucopénie, thrombopénie, anémie Mégaloblastique
-
- Hépatite, agranulocytose (au décours de prises prolongées d'Amodiaquine)

3.6 Recommandations particulières

- La prise du 1^{er} Jour est faite sous Traitement Directement Observé
- Il est impératif de respecter le délai de 30 jours entre les traitements/cures

- Le traitement/cure dure 3 jours successifs par mois pendant les 3 à 4 mois éligibles.
- Il faut au minimum 3 cycles successifs de traitement (3 mois Aout Septembre et Octobre) espacé d'un mois
- Pour les zones éligibles ou les pluies s'installent plus tôt, le nombre de traitement/cure pourra être élargi à 4 (l'administration démarrant dès le mois de juillet)

4. Autres stratégies de prévention du paludisme

◆ Les principales stratégies

La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur les stratégies suivantes :

- Le diagnostic et le traitement précoce des cas.
- La protection des femmes enceintes
- La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme.
- Le dépistage et la référence précoce des cas graves
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide
- L'hygiène et l'assainissement
- L'aspersion intra domiciliaire

4.1 Traitement précoce des cas de paludisme

Pour le traitement précoce des cas de paludisme les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comité de santé) doivent:

- Rendre disponible et accessible l'ACT
- Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier aux mères, à reconnaître les signes pouvant évoquer un paludisme simple et les signes de gravité du paludisme.
- Demander aux membres de la communauté de venir se faire soigner à la case dès qu'ils ont le corps chaud

4.2 Protection de la femme enceinte contre le paludisme

- L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention du paludisme.
- La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux stratégies :
 - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP;
 - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide toutes les nuits.

4.3 Utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action

- La MILDA est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et

tuent les moustiques qui se posent sur sa surface. Son action insecticide est due au produit avec lequel il a été imprégné.

- Il existe plusieurs types de moustiquaires :
- Grande taille : circulaire et rectangulaire; - Petite taille : circulaire et rectangulaire.

4.3 L'Aspersion Intra Domiciliaire (AID)

- L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace et durable pour lutter contre les moustiques qui transmettent le paludisme (anophèle femelle).

◆ Modes d'action de l'AID

- L'anophèle qui donne le paludisme aime se reposer sur un support à l'abri de la chaleur et de la lumière comme l'intérieur des chambres.
- L'anophèle pique la nuit et préférentiellement à l'intérieur des chambres
- Après avoir piqué, il préfère se reposer dans les habitations.
- L'AID tue le moustique qui se repose sur le mur des chambres traitées. Le moustique peut mourir immédiatement ou plus tardivement.

◆ Aspersion intra domiciliaire et utilisation des autres stratégies de prévention du paludisme.

Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies.

- la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ;
- le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi,
- le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi,
- La reconnaissance des signes de gravité pour une recherche de soins précoce doit être poursuivie,
- La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.

Thème 7: Prise en charge Prévention des Infections Respiratoires Aigües (IRA)

■ Objectifs

■

- **Format :** Jeux de rôle, Plénière
- **Outils/technique :** Exposé et discussions en groupes et en plénière
- **Durée :** 1 heure
- **Matériaux requis :** Manuel, markers, padex, scotchs

■ Questions

■ Apport d'informations

1. Définition et ampleur des IRA

Les IRA constituent l'une des maladies de l'enfant les plus fréquentes au Sénégal. Une infection respiratoire aiguë est une maladie qui touche une des parties de l'appareil respiratoire : nez, oreille, gorge, larynx, trachée, bronches, poumons.

Les IRA peuvent être classées en 3 catégories : toux/rhume, pneumonie et pneumonie grave..

Un enfant qui a **la toux /rhume**, présente une toux et un écoulement nasal

Un enfant qui a **la Pneumonie** présente une toux et une respiration rapide.

2- Les signes généraux de danger de l'enfant malade

Les signes généraux de danger sont au nombre de 5 :

- l'enfant n'est pas capable de boire ou de téter
- l'enfant vomit tout ce qu'il consomme.
- l'enfant a des convulsions (actuelles ou récentes)
- l'enfant est léthargique ou inconscient
- l'enfant a des signes de malnutrition sévère

- Le tirage sous costal

Le tirage sous costal est un signe de danger spécifique à la toux. C'est un creusement de l'espace sous les côtes lorsque l'enfant inspire (fait entrer de l'air dans ses poumons).

3- La respiration rapide

Pour savoir si la respiration d'un enfant est rapide ou non il faut :

Compter les mouvements respiratoires de l'enfant pendant 1 minute (inspiration + expiration) à l'aide d'un chronomètre ou d'une montre.

La respiration est rapide quand :

- Chez un enfant âgé de **1 semaine à 2 mois**, il dépasse **60** mouvements par minute.
- Chez un enfant âgé de **2 mois à 12 mois**, il dépasse **50** mouvements par minute.
- Chez un enfant âgé de **12 mois à 5 ans**, il dépasse **40** mouvements.

4. Examen d'un enfant qui tousse

- Deux principales méthodes sont utilisées pour bien examiner un enfant qui tousse :
- L'interrogatoire : Demander à la mère;
- L'observation: regarder, écouter, palper, compter .

◆ Que faut-il Demander à la mère?

Au cours de l'examen il faut poser à la mère 4 questions:

- L'enfant est-il capable de boire ou de téter ?

- L'enfant vomit-il tout ce qu'il avale ?
- L'enfant a-t-il des convulsions ?
- Depuis combien de temps l'enfant tousse- t-il ?

➤ **Que faut-il observer (Rechercher) chez l'enfant?**

Au cours de l'examen d'un enfant qui a la toux il faut rechercher en regardant, en écoutant et en comptant les 5 choses suivantes:

- l'enfant est anormalement somnolent (Regarder)
- Voir si l'enfant a la malnutrition (Regarder)
- Compter les mouvements respiratoires (Compter)
- Rechercher la formation d'un creux sous les côtes quand l'enfant inspire (Palper)
- Palper le front et le ventre de l'enfant pour voir s'il a de la fièvre ou si son corps est anormalement froid.

6- Classification d'un enfant qui a la toux

Il existe 3 classes d'IRA:

- Pneumonie grave : symbole rouge
- Pneumonie: symbole jaune
- Toux/rhume: symbole vert

La classification se fait en fonction de l'âge de l'enfant et des signes présents.

◆ **Les tranches d'âge**

Le classification des enfants qui ont une IRA se fait selon les 3 tranches d'âge suivantes:

- Moins de 2 mois
- 2 à 12 mois,
- 12 mois à 5 ans

◆ **Classification des enfants de moins de 2 mois**

Tout enfant de moins de 2 mois qui présente une toux est classé systématiquement dans le rouge (à référer)

◆ **Classification des enfants de 2 mois à 5 ans**

Tout enfant de 2 mois à 5 ans qui présente :

- Une toux + 1 seul signe de danger est classée dans le rouge; (à référer)
- Une toux + Respiration rapide sans signe de danger est classée dans le jaune
- Une toux sans signe de danger sans respiration rapide est classée dans le **vert**

7- Conduite à tenir en fonction de la classification

- Un enfant classé rouge est référé au poste de santé
- Un enfant classé dans le jaune est traité à la case avec des médicaments et des soins à domicile;
- Un enfant dans le vert est traité uniquement par des soins à domicile et sans médicament.

8. Prise en charge d'un enfant qui a la pneumonie

Les moyens de prise en charge d'un enfant qui a la pneumonie sont au nombre de 3:

- Soins à la case avec un médicament appelé **Cotrimoxazole ou Amoxicilline**.
- Soins à domicile
- Retour à la case au 3^e jour après le début du traitement (RV).

9. Administration du cotrimoxazole selon le poids

Le cotrimoxazole est administré selon le poids comme suit:

Enfant de 4 à 10 Kg :

- Comprimés : ½ comprimé le matin et ½ comprimé pendant 5 jours
- Sirop : 1 cuillère mesure le matin et 1 cuillère mesure le soir pendant 5 jours

10. Administration du cotrimoxazole selon l'âge

Le cotrimoxazole est administré selon l'âge :

Enfant de 2 à 12 mois:

- Comprimés : ½ comprimé le matin et ½ comprimé pendant 5 jours
- Sirop : 1 cuillère mesure le matin et 1 cuillère mesure le soir pendant 5 jours

Enfant de 12 mois à 5ans :

- Comprimés : 1 comprimé le matin 1 comprimé le soir pendant 5 jours ou
- Sirop : 1 cuillère mesure et demi le matin et 1 cuillère mesure et demi le soir.

11- Les soins à domicile

Tous les enfants qui ont la toux, avant ou au retour du poste ou de la case doivent recevoir des soins à domicile qu'ils soient classés jaune, vert ou rouge.

Le relais doit expliquer à la mère les soins à domicile pour un enfant qui tousse. Ces soins à domicile sont:

- Allaiter plus souvent que d'habitude
- Alimenter plus souvent que d'habitude
- Donner plus à boire
- Dégager le nez
- Donner du miel + citron+eau (1cuillère de chaque)
- Éviter la fumée et la poussière.

12. Suivi de l'enfant qui a une pneumonie

La mère d'un enfant qui a la pneumonie (Jaune), et qui a reçu des médicaments doit revenir deux fois à la case:

- Au 3^e jour
- Au 6^e jour.
- Si la mère ne revient pas au 3e jour, l'ASC se rend à son domicile le 4e jour;
- Si la mère ne revient pas au 6^e jour l'ASC se rend à son domicile le 7e jours.

➤ **Tâches de l'ASC au cours du suivi d'un enfant qui a la pneumonie**

Au cours de chaque visite de suivi, l'ASC doit exécuter les 5 tâches suivantes :

- Rechercher le tirage sous costal
 - Compter les mouvements respiratoires
 - S'assurer que la mère a administré le cotrimoxazole en suivant les instructions
 - Rappeler à la mère de continuer à administrer le cotrimoxazole même si l'enfant semble aller mieux.
- Apprendre à la mère les signes indiquant quand revenir (RV de suivi/quand revenir immédiatement)

13- Suivi de l'enfant qui a une toux/rhume

La mère d'un enfant qui a la toux rhume (vert), qui a reçu des conseils pour les soins à domicile doit revenir deux fois à la case:

- Au 3^e jour
- Au 6^e jour.
- Si la mère ne revient pas l'ASC doit aller à son domicile au 4^e jour et au 7^e jour.

➤ **Tâches de l'ASC au cours du suivi d'un enfant qui a une toux/rhume**

Au cours de chaque visite de suivi d'un enfant qui a la toux/rhume, l'ASC doit exécuter les 3 tâches suivantes:

- Rechercher le tirage sous costal et les signes de danger
- Compter les mouvements respiratoires
- S'assurer que la mère connaît et applique les soins à domicile

14- Suivi de l'enfant référé

Dans le cadre du suivi d'un enfant référé , l'ASC doit exécuter 5 tâches suivantes :

- Vérifier si la mère dans les 24 heures a conduit l'enfant au poste de santé;
- Si la référence n'est pas exécutée encourager, et assister la mère pour qu'elle puisse aller au poste de santé.

Au retour de l'enfant de la structure de santé:

- Enseigner les soins à donner à domicile;
- Rappeler à la mère de continuer les médicaments prescrits, même si l'enfant semble aller mieux;
- Effectuer le suivi chaque jour jusqu'à la fin du traitement prescrit au poste ou au centre de santé.

Thème 8: Soins à domicile du nouveau-né et de la mère

1. Importance des soins à domicile du nouveau-né

Le premier mois de la vie, appelé période néonatale, est celle qui comporte le plus de risques pour le nouveau-né. La plupart des nouveau-nés tombent malades le premier jour de la vie suite aux complications de l'accouchement. Au cours du premier mois de vie les bébés tombent malades facilement et la maladie peut s'aggraver très rapidement et entraîner un nombre important de décès : sur 100 enfants qui naissent vivants, à peu près 7 meurent avant l'âge de 5 ans ; parmi les 7 enfants décédés, près de la moitié (environ 3) meurent dans le premier mois de la vie et la plupart de ces décès surviennent dans la première semaine. La plupart des décès des nouveau-nés peuvent être évités.

Au cours de cette période, il est important d'aider le nouveau-né à combler ses besoins, de lui donner des soins de qualité pour réduire la morbidité et la mortalité néonatale. Les agents de santé communautaires peuvent contribuer de manière significative dans l'amélioration de la santé du nouveau-né et la prévention des décès néonataux. La contribution des agents de santé communautaire se fera à travers les soins à domicile après une formation appropriée.

2. Tâches de l'ASC dans les soins à domicile du nouveau-né :

- Effectuer auprès de chaque femme enceinte 3 visites à domicile pendant la grossesse.
- Effectuer 3 visites à domicile systématiques après la naissance auprès de toutes les mères et les nouveau-nés, quel que soit le lieu où l'accouchement a eu lieu.
- Effectuer deux visites à domicile supplémentaires pour les bébés de faible poids (poids de naissance (en-dessous de 2,5 kg)
- Effectuer une visite de suivi pour un bébé référé à une structure sanitaire en cas de maladie

3. Visites à domicile pendant la grossesse

La première visite pendant la grossesse: Elle sera faite le plus tôt possible pendant la grossesse. Elle a deux objectifs : encourager les femmes enceintes à utiliser les services de consultation prénatale le plus tôt ; aider à se préparer pour accoucher dans une structure sanitaire.

La deuxième visite pendant la grossesse : Elle est une visite de suivi. Elle sera effectuée à peu près 2 mois après la première visite. Elle a 3 objectifs : s'assurer du respect des CPN ; s'assurer du respect des conseils et des prescriptions donnés par le personnel qualifié de santé (SF, ICP...) ; encourager la famille à suivre les pratiques optimales des soins de la femme enceinte.

La troisième visite pendant la grossesse : Elle sera faite à peu près 2 mois avant l'accouchement. Elle a deux objectifs revoir le plan d'accouchement élaboré par la famille ; encourager la famille à suivre les pratiques optimales des soins du nouveau-né immédiatement après la naissance.

4. Visites à domicile après la naissance

- La première visite post natale : Elle sera faite à J1 après la naissance. Elle a 4 objectifs : évaluer l'état du bébé à la recherche des signes de maladie, aider la mère à initier l'allaitement exclusif précocement ; garder le bébé au chaud ; donner des conseils hygiéno-diététiques.
- La première deuxième visite post natale : Elle sera faite à J3 après la naissance. Elle a 4 objectifs : évaluer l'état de l'enfant à la recherche des signes de maladie ; apprendre à la mère à reconnaître les signes de maladie/signes de danger ; aider la mère à maintenir l'allaitement au sein prévenir les problèmes d'allaitement ; encourager les soins optimaux/essentiels pour elle-même et pour son bébé.

N.B. : Si la première visite postnatale est retardée jusqu'à j 2 pour une raison quelconque, cette visite doit toujours avoir lieu à j 3).

- La première troisième visite post natale : Elle sera faite à J 7 après la naissance. Elle a 3 objectifs : évaluer les signes de danger ; Vérifier la compréhension de la mère sur les signes de maladie/danger ; encourager les soins optimaux/essentiels au-delà de la première semaine de la vie.

N.B. Si la deuxième visite postnatale est retardée pour une raison quelconque, cette visite devra toujours avoir lieu au jour 7.

5. Visites à domicile supplémentaires pour les bébés de faible poids

Les deux visites de suivi des enfants de faible poids seront effectuées la première à j 2 et la seconde à j 14. Elles toutes les deux le même objectif : assurer les soins supplémentaires dont les bébés de faible poids ont besoin :

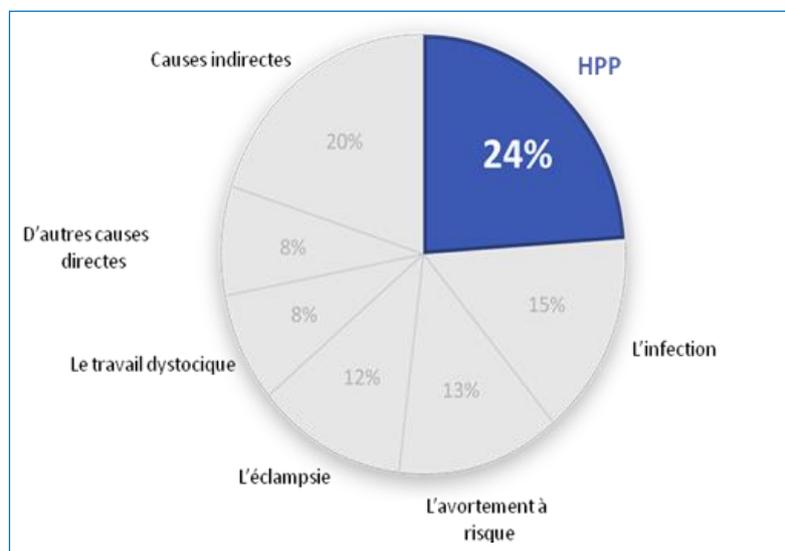
6. La visite de suivi pour un bébé référé à une structure sanitaire en cas de maladie

La visite de suivi de l'enfant malade sera effectuée auprès des enfants malades référés. Elle a pour objectifs : suivre la prise des médicaments prescrits et conseils donnés ; apprécier l'évolution de la maladie ; identifier des signes de danger ; références des enfants qui présentent un ou plusieurs signes de danger.

Sous module D2 : Prise en charge accouchement (HPP), offre de méthodes contraceptives (OIP, Injectables)

Thème1: La prévention de l'hémorragie post- partum

Introduction_: L'Hémorragie du Post Partum (HPP) constitue la principale cause de la mortalité maternelle dans le monde. Au Sénégal, 25% des décès maternels sont imputables à l'HPP (voir schéma ci-dessous). La plupart de ces décès pourrait être évité par l'utilisation de méthodes de prévention.



1. Définition

L'HPP est un saignement qui survient dans les 24 heures après l'accouchement et qui provoque un changement sur l'état de la femme.

Elle est imprévisible, indolore, peut être externe abondante et généralement de survenue brutale, avec du sang et des caillots. Elle peut également évoluer avec un rythme lent et peut durer plusieurs heures. En l'absence de traitement, elle peut entraîner la mort.

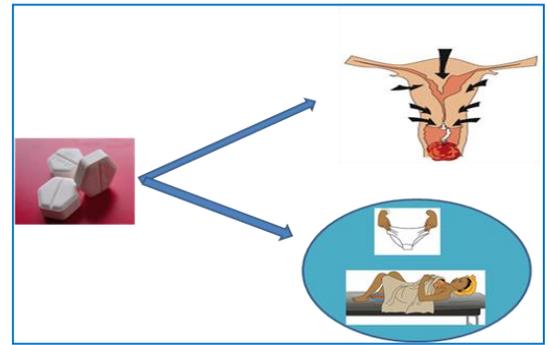
2. Les causes et facteurs favorisant l'HPP

- **Les principales causes de l'hémorragie du post partum sont** : l'atonie utérine ou l'absence de contractions normales de l'utérus, les déchirures au niveau du col, du vagin, du périnée ; la rétention complète ou partielle du placenta ; la rupture utérine ou inversion utérine ;
- **Les facteurs favorisant la morbidité liée à l'HPP**: les difficultés ou retard d'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité ; les ressources

financières limitées, manque de moyens de transport ; le faible pouvoir de décision.

3. Moyens de prévention de l'HPP

L'utilisation de médicaments après l'accouchement comme l'ocytocine permet de réduire les pertes sanguines dues à l'atonie utérine. Pour prévenir l'hémorragie du post-partum au niveau communautaire, la femme qui peut accoucher par voie basse à la case de santé, reçoit 03 comprimés de misoprostol juste après la naissance du nouveau-né mais avant la sortie du placenta.



4. Comment agit le misoprostol sur l'utérus?

- **Le misoprostol** cause des contractions utérines après la sortie du bébé ; aide à vider l'utérus et à refermer le col après la sortie du placenta et peut réduire les saignements après l'accouchement.
- Quand l'utérus se contracte, ceci aide la séparation du placenta de la paroi utérine puis aide à son expulsion de l'utérus. Puisque l'utérus est contracté, ceci réduirait le saignement vaginal.

- ### 5. Comment administrer le médicament ?
- après la naissance du bébé, la matrone exclut la présence d'un ou d'autres bébé(s) en palpant et faisant le toucher. Ce geste est important car le misoprostol prend 3 à 5 minutes pour agir sur l'utérus.



- Accueillir la femme en travail et préparer le matériel pour l'accouchement
- Appliquer les mesures de prévention des infections
- Aider à l'expulsion du bébé
- Vérifier s'il y a un autre bébé, la matrone doit se prêter pour sa naissance. Elle ne doit pas administrer le misoprostol qui stimule les contractions utérines et peut causer une rupture utérine.
- S'il n'y a pas de bébé, la matrone donner à boire à la femme 3 comprimés de misoprostol dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé avant d'aider à la sortie du placenta
- Elle administre les soins au nouveau-né, nettoie la mère et la assure la surveillance pendant au moins 3 heures

NB: Le misoprostol peut provoquer une rupture utérine si administré avant la naissance du dernier bébé.

- ### 6. Les avantages du misoprostol :
- Le misoprostol est un utéro tonique sûr et efficace qui peut contribuer à la réduction des hémorragies du postpartum. Il a plusieurs avantages : peu coûteux, facile à administrer, facile à conserver (stable à température ambiante) ; Sans contre-indications en cas d'hypertension

7. Les effets secondaires du misoprostol et conduite à tenir

7.1 L'utilisation du misoprostol peut entraîner des effets secondaires transitoires. Dans la plupart des cas, des mesures supplémentaires ne seront pas nécessaires. Après l'administration du médicament, **la matrone doit rester avec la femme pendant au moins une heure**

7.2 Au cas où la femme n'est pas à l'aise, la matrone doit rassurer et peut prendre les mesures suivantes :

- Nausée, les vomissements et la diarrhée : Assurer l'état d'hydratation
- Frissons/tremblements : la transférer dans un endroit chaud dans la salle (si elle n'y est pas encore) et la couvrir d'un drap ou lui donner un pagne chaud à porter
- Fièvre : placer un linge humide frais sur le visage, les mains et les pieds ou passer une éponge imbibée d'eau fraîche
- Faiblesse ou syncope : S'assurer que la femme est allongée ,
- ❖ **Pour tout effet secondaire, rassurer la femme et les membres de sa famille. Si le problème demeure, référer la femme**

8. Le transfert

- Toute femme présentant des saignements continus une heure après l'accouchement, ou toute autre complication sera référée à un niveau de soins supérieur selon les normes
- En cas de transfert, la matrone doit accompagner la femme vers le centre de référence

9. Rôle de l'agent de développement dans la prévention de l'HPP

9.1 L'identification et le suivi des femmes enceintes dans la communauté :

- L'ADC doit discuter avec les membres de la communauté sur l'importance de faire un suivi précoce et régulier de la grossesse par l'ICP/sage-femme ; la prise du misoprostol que toute accouchée à la case recevra pour prévenir l'HPP , ses avantages et effets secondaires et les 2 visites de suivi post natales.
- Accompagner les acteurs communautaires à identifier les femmes enceintes dès leur 1er trimestre de grossesse lors des visites à domicile ou des cercles de solidarité des femmes enceintes, leur recrutement au niveau des comités de veille et d'alerte des cases pour le suivi jusqu'à l'accouchement

9.2 Le suivi des cas référés : en cas de transfert , l'ADC doit veiller au remplissage correct du cahier de transfert de la case et assurer le suivi de cette femme dans les 3 jours .

9.3 La mise en place de comité de veille à d'alerte des cases et l'organisation communautaire de la référence

9.4 Le remplissage des outils de gestion et gestion du stock du misoprostol:

- l'ADC doit veiller au remplissage correct des outils de gestion de la case par l'ASC -matrone : cahier de recrutement des femmes enceintes, accouchement , référence de case et la fiches/cahier de stock
- l'ADC doit faciliter la disponibilité du misoprostol au niveau de la case pour éviter les ruptures de stock. lors de la supervision, il /elle doit évaluer les capacités des ASC matrones à faire l'inventaire physique des stocks, à calculer les quantités à commander , faire les commandes , stocker les produits sur les étagères selon les normes établies .

Sous module D2 : Distribution Médicamenteuse de Masse contre les Maladies Tropicales Négligées (DMM/MTN)

1. Définition, ampleur et gravité des MTN

Les « Maladies Tropicales Négligées » (MTN) sont des maladies transmissibles très répandues dans les régions tropicales. Elles sont dites négligées du fait qu'elles n'avaient pas jusque-là été l'objet d'une grande attention de la part des décideurs, de la communauté internationale, de l'industrie pharmaceutique et même de la communauté des chercheurs.

Au plan mondial, alors que plus d'un milliard de personnes soit un sixième de la population mondiale souffrent d'une ou de plusieurs de ces maladies l'on a constaté que seulement moins de 1% des quelques 1400 médicaments homologués entre 1975 et 1999 étaient destinés au traitement des maladies tropicales (OMS).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles sont à l'origine de 534.000 décès par an dans le monde, mais surtout de handicaps de longue durée, de difformités, de grossesses à complications, de retard de la croissance chez les enfants, de baisse du rendement scolaire chez les apprenants, et par conséquent d'une baisse de la productivité.

Les personnes les plus touchées par ces maladies sont les plus pauvres en milieu rural particulièrement ainsi que dans les zones périurbaines ; ce sont des populations qui sont souvent faiblement éduquées avec des problèmes d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. Les MTN favorisent et aggravent l'anémie et la malnutrition chez les personnes touchées déjà et qui sont dans un état nutritionnel précaire; de plus la malnutrition augmente la vulnérabilité à ces maladies.

2. Principaux types de MTN

L'OMS a recensé vingt (20) Maladies Tropicales Négligées sur le plan mondial dont quatorze

(14) sont prédominantes en Afrique et dix (10) au Sénégal. Elles sont classées en trois catégories :

Catégorie I : Maladies pour lesquelles il existe des outils (médicaments, instruments de diagnostic, pesticides). Ce sont **la lèpre, la filariose lymphatique, le trachome et la dracunculose** (Ver de Guinée).

Catégorie II : Maladies pour lesquelles il existe des outils en vue de réduire leur charge au sein des communautés en fonction des interventions disponibles. Ce sont **la leishmaniose, l'anthroponotique, la cysticerose, l'échinococcose, l'onchocercose, la rage, la schistosomiase, les géo-helminthiases** et le pian.

Catégorie III : Maladies pour lesquelles l'on manque d'outils. Ce sont le charbon, la brucellose, l'ulcère de Buruli, la maladie de Chagas, **la dengue**, la trypanosomiase humaine africaine, l'encéphalite japonaise, **la leishmaniose**.

Les dix (10) prioritaires au Sénégal sont : la lèpre, la filariose lymphatique, le trachome, la dracunculose (Ver de Guinée), l'onchocercose, la rage, la schistosomiase, les géo-helminthiases, la dengue et la leishmaniose.

9 Facteurs de transmission des MTN

La transmission des MTN est liée ou favorisée par :

- Les facteurs environnementaux (notamment l'eau) qui favorisent le trachome, les schistosomiases, le Ver de guinée (dracunculose), l'onchocercose, les géo-helminthiases.
- La présence de vecteurs qui favorise la leishmaniose, la filariose lymphatique, la dengue, la rage.

10 Programmes nationaux de lutte contre les MTN

Cinq (5) programmes nationaux sont fonctionnels au niveau du MSAS :

1. Programme de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique ;
2. Programme de lutte contre les schistosomiases et les géo helminthiases ;
3. Programme de promotion de la santé oculaire (prenant en compte la lutte contre le trachome) ;
4. Programme de lutte contre la lèpre ;
5. Programme d'éradication du ver de Guinée.

Trois (3) programmes sont en cours de création : il s'agit de :

- Programme National de Lutte contre la Rage ;
- Programme National de Lutte contre la Dengue ;
- Programme National de Lutte contre la Leishmaniose.

5. Orientations stratégiques de la lutte contre les MTN

Le Sénégal a élaboré avec l'appui des partenaires un plan stratégique pour la période 2011-2015. Les orientations définies sont :

- Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN ;
- Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN ;
- Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN ;
- Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.

Le plan stratégique favorise une approche intégrée par rapport à toutes les MTN. Les maladies bénéficiant de traitement de masse sont : l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiases, les géo-helminthiases, le trachome. Les maladies bénéficiant du « Case management », de surveillance ou de prévention sont : la lèpre, le Ver de Guinée, la leishmaniose, la rage, la dengue.