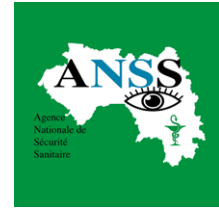




Ministère de la Santé et
de l'Hygiène Publique



Direction Nationale de la
Sécurité Sanitaire (ANSS)

Guide de mise en œuvre de la Surveillance à Base Communautaire en Guinée

Juin 2016

ABRÉVIATIONS

AC	Agent Communautaire
CCS	Chef de centre de santé
CDC	Center Diseases Control
CS	Centre de santé
DPS	Direction préfectorale de santé
DRS	Direction régionale de la santé
MPE	Maladie à potentiel épidémique
OMS	Organisation mondiale de la santé
TDR	Terme de référence
SBC	Surveillance à base communautaire.

SOMMAIRE

I.	CONTEXTE.....	4	VIII.	ACTIVITÉS DE SOUTIEN SUPPLÉMENTAIRES.....	13
II.	ÉVÉNEMENTS SOUS SURVEILLANCE.....	4	A.	Réunions mensuelles et formation de recyclage.....	13
III.	RÔLE ET ACTIVITÉS DE L'AC.....	4	B.	Supervisions des Ac Par Les Cs.....	13
	A. Identification	4	C.	Mobilisation communautaire et plan d'action..	13
	B. Notification.....	5	D.	Soutien en communication	13
	C. Communication Interpersonnelle.....	5	IX.	SUIVI ET ÉVALUATION	13
	D. Rapportage.....	5	A.	Outils de collecte.....	13
IV.	PAQUET MINIMAL	5	B.	Indicateurs de résultat.....	14
	A. Matériel et Équipement.....	5	C.	Mode de recueil et mesure des indicateurs.....	14
	B. Coût de fonctionnement continu:.....	6	1.	Indicateurs 1 et 2	14
V.	RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES.....	6	2.	Indicateurs 3 et 4	14
	A. Direction Préfectorale de la Sante.....	6	3.	Indicateur 5.....	15
	1. Mobilisation des responsables de la SBC.....	6	D.	Résultats attendus.....	15
	2. Organisation des différentes étapes.....	6	X.	LES CAUSES COMMUNES DE LA DIMINUTION DES ALERTES:.....	15
	B. Partenaires techniques et financiers	6	A.	Non-disponibilité des AC.....	15
	1. Soutien matériel.....	6	B.	Problèmes techniques avec le matériel (perte de téléphone, rupture du chargeur solaire).....	15
	2. Soutien financier	7	C.	Les questions d'accès au réseau.....	15
	3. Soutien organisationnel.....	7	D.	Les problèmes d'accès physique	16
	4. Soutien technique.....	7	E.	La non-disponibilité du chef de centre.....	16
VI.	ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE:.....	8	F.	Les questions techniques au niveau du chef de centre.....	16
	A. Rencontre initiale avec la DPS.....	8	G.	La réaction de la communauté défavorable à un événement (à savoir EDS).....	16
	B. Atelier de micro-planification:.....	8	XI.	LES QUESTIONS EN COURS:.....	16
	C. Formation des superviseurs	9			
	D. Identification et sélection des AC.....	9			
	E. Formation des AC	10			
	F. Distribution de matériel aux AC.....	10			
	G. Distribution de matériel aux centres et postes de santé	11			
	H. Cérémonie de lancement.....	11			
VII.	RISQUES À CONSIDÉRER DANS LA MISE EN ŒUVRE.....	12			
	A. Substitution des AC et questions d'identification.....	12			
	B. Découragement des AC.....	12			
	C. Refus d'accepter le programme "Ébola".....	12			
	D. Priorités compétitives des centres de santé.....	12			
	E. Le manque d'implication d'un chef de centre.....	12			

I. CONTEXTE

En Septembre 2015, un atelier national s'est tenu à Kindia pour chercher à renforcer le système de surveillance Guinéen dans la dernière phase de lutte contre Ébola et la première phase de la transition post-Ébola. Après l'expérience vécue par tous les acteurs dans la lutte contre Ébola, il est apparu clair que la plus grande faiblesse systématique était l'insuffisance d'engagement des communautés. Sans leur participation active et leur volonté de partager les informations sur les événements et les Maladies à Potentiel Épidémique (MPE), la Guinée pourrait de nouveau être surprise par une épidémie.

Après que le Plan de Renforcement de la Surveillance des Maladies à Potentiel Épidémique en Guinée 2015-2017 ait été rédigé, des discussions plus approfondies se sont tenues pour définir plus spécifiquement le renforcement de la surveillance des MPE au niveau communautaire. Le Gouvernement avait élaboré une feuille de route et un budget initial qui ont ensuite été discutés avec les partenaires, donateurs et experts techniques jusqu'à ce que, ensemble, tout le monde s'accorde sur un paquet minimum de matériels et mise en œuvre au sein du Groupe Surveillance à Base Communautaire de la Coordination Nationale. Les partenaires se sont ensuite réparti leurs zones géographiques d'appui à la mise en œuvre de la SBC, se partageant parfois des préfectures (dans ce cas, les partenaires avaient besoin de se coordonner parfaitement en terme de délai, matériel et approche).

II. ÉVÉNEMENT SOUS SURVEILLANCE

Les événements sous surveillance définis dans le Plan de Renforcement de la Surveillance des Maladies à Potentiel Épidémique en Guinée sont :

- Six MPE :
 1. La Maladie à Virus Ébola ;
 2. La fièvre jaune
 3. La Poliomyélite ;
 4. La Rougeole ;
 5. La Méningite ;
 6. Le Choléra ;
- Les décès communautaires ;
- Les rumeurs ;
- Les naissances.

NB : La notification des cas de voyageurs étrangers dans le cadre de la riposte contre la MVE étaient initialement prévue dans le Plan mais a été écartée suite à la revue de la fiche d'identification des événements sous surveillance.

III. RÔLE ET ACTIVITÉS DE L'AC

Le rôle et les activités de l'AC décrits ci-dessous sont tirés du Plan de Renforcement de la Surveillance des Maladies à Potentiel Épidémique en Guinée (Tableau II : Activités/acteurs du niveau communautaire).

A. IDENTIFICATION

Rechercher les cas suspects de MPE dans la communauté

- Visiter les ménages et les lieux de rassemblement communautaire pour collecter les événements communautaires ;
- Rechercher les signes et symptômes correspondant à la définition de cas à base communautaire, les naissances, les décès et les rumeurs ;
- Vérifier la conformité des signes et symptômes avec la définition des cas de maladies sous surveillance.

B. NOTIFICATION

Transmettre l'information au Superviseur de Proximité (Chef de Centre ou suppléant)

- Transmettre le plus rapidement possible l'information d'un événement sous surveillance au cours d'une rencontre ou par téléphone au Superviseur de Proximité.

C. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

Organiser des dialogues avec les ménages et les communautés

- Développer l'écoute active (questionnement et reformulation) dans les ménages et les communautés ;
- Établir des liens de confiance avec les ménages et les communautés ;
- Conseiller les familles et les malades sur l'utilisation des services de santé ;
- Orienter les malades vers les structures de santé s'il ne correspond pas à la définition de cas ;
- Organiser les causeries éducatives et les visites à domicile pour discuter des événements sous surveillance ;
- Donner les informations valides pour prévenir ou gérer les rumeurs et les réticences ;
- Assurer la rétro-information aux communautés notamment aux chefs de village, chefs de quartier, chefs de secteur.

D. RAPPORTAGE

- Faire un rapport de ses activités (Identification, Notification, Communication) 3 fois par semaine au Superviseur de Proximité même en l'absence de cas détecté ;
- Transmettre les outils de collectes correctement remplis chaque semaine au Superviseur de Proximité.

IV. PAQUET MINIMAL

A. MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENT

Le matériel et les équipements minimums obtenus après le consensus sont listés dans le tableau ci-dessous :

Agents Communautaires	Centres de Santé	Poste de Santé
Téléphone	Téléphone	Téléphone
Carte SIM	Carte SIM	Carte SIM
Chargeur solaire	Système de panneaux solaires	Chargeur solaire
Registre	Registre	Registre
Bicyclette	Moto	
Sac à dos	Armoires	
Imperméable	Classeurs	
Bottes	Ordinateur bureautique	
	Clé internet portable)	
	Disque dur	

B. COÛT DE FONCTIONNEMENT CONTINU

Les différents éléments relatifs au soutien continu de la surveillance à base communautaire sont les suivants :

Agents Communautaires	Centres de Santé	Poste de Santé
100,000 GNF de crédit téléphone par mois	100,000 GNF de crédit téléphone par mois	100,000 GNF de crédit téléphone par mois
	100,000 GNF de crédit internet par mois	
	50 L de carburant par mois	
	Motivation financière pour les visites de supervision (50,000 GNF/visite, max 3 visites par semaine)	

V. RESPONSABILITÉS DES PARTIES PRENANTES

A. DIRECTION PRÉFECTORALE DE LA SANTÉ

La surveillance à base communautaire est le premier niveau du système de surveillance épidémiologique. Dans les préfectures de santé elle est mise en place sous le leadership de l'équipe préfectorale de la santé dirigée par le DPS.

I. Mobilisation des responsables de la SBC

La DPS est responsable de la mobilisation de toutes les personnes intervenant dans la SBC à savoir les autorités locales et administratives et le personnel des centres et postes de santé.

2. Organisation des différentes étapes

La DPS est aussi responsable de l'organisation de toutes les activités pour la mise en œuvre de la SBC à savoir :

- o Les ateliers de micro-planification
- o La sélection et l'identification des AC par la communauté
- o La formation des superviseurs de proximité
- o La formation des AC
- o La distribution du matériel des centres de santé et des AC
- o Le lancement officiel

La DPS recevra l'appui technique et financier du partenaire de la localité.

B. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

En accord avec tout ce qui précède, le partenaire de mise en œuvre apporte sa contribution selon les rubriques ci après :

I. Soutien matériel

Les partenaires sont responsables de l'acquisition du matériel dans le paquet minimal et de la distribution aux sites appropriés et parties prenantes.

- Le matériel doit être abordable en termes de prix pour les partenaires, mais doit être de bonne qualité afin de durer dans le temps.
- La maintenance du matériel est de la responsabilité de l'utilisateur à moins que le matériel fourni ne s'avère défectueux. Dans ce cas, il est de la responsabilité du partenaire de le remplacer ou de le réparer.
- La qualité du matériel doit être adaptée au contexte local autant que possible (les vélos adaptés à l'usage en milieu rural ou urbain par exemple).

- Le choix du matériel doit être coordonné parmi les partenaires dans une préfecture donnée.
- En cas de perte du matériel :
 - o Le superviseur de proximité doit s'entretenir avec l'AC et le sensibiliser sur la nécessité de prendre soin du matériel de travail ;
 - o Signifier à l'AC qu'en cas de seconde perte, aucun matériel ne lui sera rendu ;
 - o Déclarer la perte du matériel à la DPS ;
 - o La DPS contacte le partenaire de mise en œuvre pour analyser les possibilités de remplacement du matériel perdu.

2. Soutien financier

Les partenaires sont appelés à soutenir les coûts financiers qui sont requis pour le lancement de la SBC dans une préfecture.

- Les coûts initiaux sont des dépenses d'une seule fois (autre que ce qui est lié à l'achat du matériel, le stockage et la livraison) au début du projet. Ceci implique le financement des ateliers, les formations, et la décentralisation des réunions.
- Les coûts de fonctionnement comprennent la prise en charge des coûts de communication pour les AC, postes et centres de santé, les primes de motivation et soutien en carburant pour les superviseurs.
- Une réflexion sur la transition des coûts en cours assumés par les partenaires à l'État après la période de soutien est nécessaire pour assurer la pérennité du système.

3. Soutien organisationnel

Le défi logistique d'organiser les phases initiales de lancement est difficile à relever par la DPS et les chefs de centres de santé au vu de leur charge de travail trop élevée. Les phases de lancement de SBC sont très intenses en termes de temps et de travail. L'implication des partenaires dans les ateliers, les formations, les réunions décentralisées pour valider les AC, les formations décentralisées des AC et la distribution des matériels est nécessaire. Les partenaires doivent soutenir la DPS et les centres de santé dans l'organisation de ces événements.

4. Soutien technique

Les partenaires doivent s'assurer de fournir un soutien technique pendant un certain temps aux autorités de santé et aux acteurs du système pour s'assurer que celui-ci fonctionne comme prévu. Cela implique ce qui suit:

- Soutien pour l'évaluation et la médiation ;
- Formations de recyclage au besoin pour les différents acteurs du système ;
- Assistance dans l'engagement communautaire et efforts de communication pour accroître l'acceptation par les communautés de la SBC.

Note: A travers tout ceci, il est important que les partenaires ne se substituent pas à l'État (Investigation des cas suspects de MPE, remontée des informations) Les partenaires doivent idéalement se tenir "dans les coulisses" et aider à lancer la phase initiale de SBC.

VI. ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE

A. RENCONTRE INITIALE AVEC LA DPS

- a. **Objectif:** Établir une compréhension mutuelle du cadre du partenariat DPS-ONG, définir les attentes et les principes clairs des partenariats.
- b. **Parties prenantes:** DPS, MCM, chargé de la santé communautaire, représentants des partenaires.
- c. **Activités primaires:**
 - i. Revoir le paquet minimum et les activités
 - ii. Répondre aux questions fréquemment posées
 - iii. Évaluer le calendrier de la DPS pour d'autres interventions sanitaires
- d. **Résultats :** un calendrier initial pour l'atelier de micro-planification
- e. **Logistiques/matériels:** aucun
- f. **Notes/considérations :** il est important de passer le message à la DPS que la mise en œuvre de la SBC est une activité primordiale du Ministère de la Santé d'une importance capitale dans la relance du système de surveillance épidémiologique en Guinée.

B. ATELIER DE MICRO-PLANIFICATION

- a. **Objectif :** Expliquer aux autorités administratives et sanitaires locales le système de SBC, leur rôle au sein de ce système, établir un cadre pour la sélection des AC et faire la planification de la mise en œuvre de la SBC dans la préfecture.
- b. **Parties prenantes:**
 - i. Obligatoire: DPS, MCM, chargé de santé communautaire, représentants des partenaires, chef de centres et leurs suppléants, les maires
 - ii. Recommandé : DRS, préfet, sous-préfets, chefs de postes
- c. **Activités primaires:** Présenter les informations sur le programme SBC avec les autorités administratives et sanitaires locales clés
 - i. Continuer sur le processus, les critères et le calendrier d'identification des AC,
 - ii. Collecter les données sur les populations par secteur pour établir le nombre d'AC prévu par secteur
- d. **Résultats:**
 - i. Calcul de l'estimation de la population par secteur et le nombre d'AC
 - ii. Accord sur la méthode d'identification des AC
 1. Comment est-ce que les rencontres seront décentralisées?
 2. Comment impliquer le personnel non-administratif ou non-sanitaire (leaders religieux locaux, groupement des femmes, groupements des jeunes, etc.)?
 3. Qui présente la liste initiale et qui valide?
 4. Comment intégrer les AC dans le processus de sélection?
 5. Quel est le rôle des chefs de centres et postes de santé?
 - iii. Calendrier d'identification des AC et formation des superviseurs
- e. **Logistique/matériels:**
 - i. Prévoir la couverture des frais de transport et le repas pour les participants
 - ii. Un projecteur et une source d'énergie pour la présentation
- f. **Notes/considérations:**
 - iii. Rencontre plus efficace si les participants savent qu'ils doivent venir avec des estimations de la population par secteur

C. FORMATION DES SUPERVISEURS

- a. **Objectif:** Formation des formateurs au niveau préfectoral pour les superviseurs et leurs suppléants
- b. **Parties prenantes:**
 - i. DPS, MCM, chargé de la santé communautaire (en charge de la formation)
 - ii. Les partenaires, OMS et CDC pour soutenir la formation
 - iii. Chefs de centre et leurs suppléants
- c. **Activités primaires :**
 - iv. Formation des formateurs
 - v. S'il y a du temps, des exercices pratiques et une session de questions-réponses
- d. **Résultats:** les superviseurs sont préparés pour former les AC dans leur sous-préfecture
- e. **Logistique/matériels :**
 - i. Prévoir la couverture des frais de transport et les repas pour les participants
 - ii. Un projecteur et une source d'énergie pour la présentation
 - iii. Impression des modules et confection de brochure
- f. **Notes/considérations:** 1 jour de formation

D. IDENTIFICATION ET SÉLECTION DES AC

- a. **Objectif :** Identifier et sélectionner des AC en accord avec les Termes de Références (TDR) correspondant
- b. **Parties prenantes :**
 - i. Obligatoire : Chefs de centre et leurs suppléants, chefs de secteurs, présidents de district, chef de secteur.
 - ii. Recommandé : DPS, Maires, partenaire de mise en œuvre de la localité
- c. **Activités primaires :**
 - i. En se basant sur les TDR de choix des AC, le chef de centre et les chefs de secteur doivent choisir les AC des chaque secteur de la sous-préfecture.
 - ii. Cette liste des AC de la sous-préfecture est saisie et déposée au niveau de la DPS.
- d. **Résultats :**
 - i. Des AC sont identifiés et sélectionnés en accord avec les Termes de Références :
 - Volontaire ;
 - Dynamique ;
 - Habitant dans la communauté ;
 - Sachant lire et écrire (dans l'idéal) ;
 - Respecté dans la communauté.
 - ii. La DPS détient une liste standard d'AC de la préfecture.
 - iii. Les chefs de secteur et les présidents de district participent au choix de l'AC et légitime ses activités.
- e. **Logistique/matériels :**
 - i. Prévoir les frais de carburant pour le déplacement du chef de centre de santé et son suppléant.
- f. **Notes/considérations :**
 - i. Il est important de sélectionner les AC qui étaient actifs préalablement dans la localité en tenant compte des TDR.

E. FORMATION DES AC

- a. **Objectif :** Fournir aux AC une compréhension fonctionnelle de leurs fonctions, rôles, responsabilités, ressources et attentes
- b. **Parties prenantes:**
 - i. Chef de centre pour mener les formations
 - ii. Les partenaires, OMS et CDC pour soutenir les formations
 - iii. Les représentants de la DPS pour la supervision
 - iv. AC sélectionnés
 - v. Recommandé : chefs de postes
- c. **Activités primaires:**
 - i. Formation théorique
 - ii. Activités pratiques
 - iii. Sessions de questions réponses
- d. **Résultats :** les AC sont conscients de leurs responsabilités et motivés à mener à bien leurs missions à le faire (Définir dans le rôle des AC).
- e. **Logistique/matériels:**
 - i. Prévoir le transport et les repas pour les participants
 - ii. Un projecteur et une source d'énergie pour la présentation
 - iii. Impression des modules et confection de brochure
- f. **Notes/considérations:**
 - i. La durée de la formation peut être étendue 2 jours selon le niveau d'éducation des AC
 - ii. Penser au besoin de traduction en langues locales selon le niveau d'éducation et de compréhension du français

F. DISTRIBUTION DE MATÉRIEL AUX AC

- a. **Objectif:** s'assurer que les AC reçoivent le matériel nécessaire pour conduire leurs activités
- b. **Partie prenantes:**
 - i. Chef de centre
 - ii. Chefs de districts ou secteurs (important de vérifier l'identité des AC – voir «les défis communs» dessous)
 - iii. Recommandé :
 1. maire (très utile vu que beaucoup d'AC sentent une affinité pour les cadres élus locaux plus que pour les autorités sanitaires)
 2. DPS (pour supervision)
 - iv. Les partenaires
 - v. Les AC
- c. **Activités primaires:**
 - i. Discours du chef de centre, maire, et/ou la DPS pour parler de l'importance des matériels et comment ils doivent être utilisés/maintenus
 - ii. Distribution et documentation (recommandé de faire signer la donation par l'AC, le chef de secteur et le chef de centre ensemble)
- d. **Résultats:** les AC sont équipés avec le matériel nécessaire pour accomplir leurs tâches
- e. **Logistique/matériels:**
 - i. Les articles du paquet minimum
 - ii. Transport des articles
 - iii. Fiche de documentation

f. Notes/considérations:

- i. Il est important de passer des messages dans les radios locales avant la distribution pour que les communautés en soient informées et comprennent les démarches

G. DISTRIBUTION DE MATÉRIEL AUX CENTRES ET POSTES DE SANTÉ

a. Objectif: S'assurer que les centres de santé reçoivent le matériel nécessaire pour mener leurs activités

b. Parties prenantes:

- i. Chef de centre et chefs de postes de santé
- ii. DPS
- iii. Partenaires

c. Activités primaires:

- i. Distribution et documentation de la donation de l'équipement
- ii. Installation des équipements IT et panneaux solaires
- iii. Organiser une formation en informatique
- iv. Mettre en place des procédures pour le soutien en carburant et des primes de motivation pour la supervision

d. Résultats: les superviseurs de proximité sont équipés avec les matériels nécessaires et bénéficient de primes et de l'appui en carburant pour conduire leurs activités

e. Logistique/matériels:

- i. Les articles du paquet minimal
- ii. Transport des articles
- iii. Fiche de documentation
- iv. Logistique de formation en informatique

H. CÉRÉMONIE DE LANCEMENT

a. Objectif: Officialiser le lancement de la SBC dans la préfecture

b. Parties prenantes:

- i. Préfet et DPS
- ii. Chef de centre et chefs de postes de santé
- iii. Partenaires
- iv. Recommandé : représentant des autorités locales (sous-préfecture, district, secteur), des leaders communautaires et des AC

c. Activités primaires:

- i. Distribution symbolique de l'équipement
- ii. Discours de lancement
- iii. Couverture médiatique

d. Résultats: La SBC est officiellement lancée dans la préfecture et l'implication de la communauté est renforcée

e. Logistique/matériels:

- i. Les articles du paquet minimal
- ii. A négocier avec les autorités préfectorales

f. Notes/considérations:

- i. La médiatisation de l'événement dans les médias de masse et sur les radios locales doit renforcer l'implication des communautés.

VII. RISQUES À CONSIDÉRER DANS LA MISE EN ŒUVRE

A. SUBSTITUTION DES AC ET QUESTIONS D'IDENTIFICATION

- o Certains partenaires se sont trouvés confrontés à des situations où une personne citée comme AC a envoyé son frère suivre la formation et son cousin prendre le matériel
- o Dans d'autres circonstances, il est devenu clair que des AC ne vivent pas dans le secteur où ils sont assignés
- o La meilleure manière d'éviter cela est d'impliquer autant que possible le leader au niveau des secteurs (chef de secteurs mais aussi les leaders religieux, jeunes et groupement de femmes, etc.) dans les différentes étapes du processus
- o Leur faire comprendre que c'est dans leur intérêt de s'assurer que leur unique AC est de la localité et est vraiment bien formé

B. DÉCOURAGEMENT DES AC

- o Les AC se découragent souvent par manque de motivation financière, particulièrement dans les zones où il y avait plusieurs acteurs qui accordaient des motivations financières pour le suivi des contacts, les Comité de Veille Villageois (CVV) ou les Mobilisateurs Sociaux (MoSo).
- o Il est important de rappeler aux AC que c'est une fonction de volontariat, ce qui veut dire que s'ils ne se sentent pas la volonté ou la possibilité de continuer, ils sont libres de démissionner et rendre le matériel pour que quelqu'un d'autre puisse les remplacer.

C. REFUS D'ACCEPTER LE PROGRAMME "ÉBOLA"

- o Beaucoup de partenaires ont rencontré des défis dans l'acceptation du programme à cause de l'unique perception des bénéficiaires de penser qu'il s'agissait uniquement de lutter contre Ébola
- o Les mauvaises expériences / perceptions des moyens de riposte Ébola ont isolés certaines communautés
- o Présenter le programme comme une initiative plus large de renforcement de la surveillance des MPE et du Système de Santé

D. PRIORITÉS COMPÉTITIVES DES CENTRES DE SANTÉ

- o Il y a de nombreuses priorités compétitives pour chaque centre de santé – campagnes de vaccination, la distribution de moustiquaires, des formations, des comités techniques
- o Il y a de nombreuses étapes du processus de SBC, et il peut être difficile de trouver l'espace dans le calendrier chargé du district sanitaire pour une suite en temps opportun des étapes

E. LE MANQUE D'IMPLICATION D'UN CHEF DE CENTRE

- o De temps en temps, il peut arriver qu'un superviseur ne comprenne tout simplement pas qu'il en va de ses missions de travail que de participer à la SBC et n'y trouve aucune motivation\

La DPS doit intervenir dans cette affaire pour qu'il soit clair que ce sont les principaux acteurs de ce système.

VIII. ACTIVITÉS DE SOUTIEN SUPPLÉMENTAIRES

A. RÉUNIONS MENSUELLES ET FORMATION DE RECYCLAGE

- o Les chefs de centre doivent organiser des réunions régulières (de préférence mensuelles) avec leurs AC pour maintenir leur motivation
- o Des formations de recyclage pourront être réalisées suite à une évaluation préalable des capacités. (comme prévu dans la feuille de route)
- o Les partenaires peuvent, si possible, supporter les coûts du transport ou de la nourriture

B. SUPERVISIONS DES AC PAR LES Cs

Les superviseurs de proximité doivent réaliser des visites de supervisions des AC au moins deux fois par semaine, ses supervisions auront pour objectifs de :

- o S'assurer que les AC effectuent bien les visites à domicile ;
- o S'assurer que les AC maîtrisent les définitions communautaires des MPE et le fonctionnement de la SBC ;
- o Renforcer les capacités des AC en fonction des insuffisances rencontrées.

C. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE ET PLAN D'ACTION

- o Plus la communauté s'approprie le modèle de la SBC et comprend le lien entre la surveillance et la santé (c'est-à-dire ne pas associer la surveillance avec "espionnage"), plus grand sera le changement de comportement, et donc la remonté des alertes pourra devenir systématique et durable.
- o Pour ce faire, il est important que les partenaires à travers les AC soutiennent et encouragent des plans d'action communautaires, des activités de sensibilisation conduites par les communautés et toute autre forme d'activité permettant et favorisant l'engagement communautaire

D. SOUTIEN EN COMMUNICATION

- o Le soutien en cours pour la communication avec les communautés est important pour accroître la compréhension et l'adhésion à la SBC
- o Tenir compte de l'engagement des radios rurales, des matériels IEC, des pièces de théâtre interactives, etc qui peuvent contribuer à assurer cette communication

IX. SUIVI ET ÉVALUATION

A. OUTILS DE COLLECTE

Selon le module de la surveillance à base communautaire des maladies à potentiel épidémique, les trois outils de collecte ci-dessous doivent être utilisés :

- o La fiche d'identification des événements : l'AC reproduira cette fiche dans un registre et notifiera tous les événements sous surveillance qui surviendront dans sa localité.
- o Le registre de notification des alertes communautaires au niveau du centre de santé : ce registre permettra au superviseur de proximité de notifier tous les cas d'alerte provenant de l'AC tout en indiquant la date d'investigation, le résultat de l'investigation et la date de remonté de l'alerte à la DPS.
- o Le registre de suivi des supervisions et des appels transmis par les AC (un ou deux registres à mettre en place).

B. INDICATEUR DE RÉSULTAT

Les indicateurs ci-dessous permettront d'évaluer les résultats de la SBC et sont issus du document « Indicateurs d'évaluation de l'apport des AC dans la surveillance intégrée de la maladie et la riposte » .

N°	Indicateur	Mode de calcul	Responsable
1	Proportion des cas suspects de maladies à potentiel épidémique notifiés par les AC sur l'ensemble des maladies à potentiel épidémique notifiés dans la période	$\text{Nbre de cas rapportés par AC} / \text{nbre total de cas pour la période} \times 100$	CCS
2	Proportion des décès remontés par les AC sur le nombre de décès notifiés dans la période	$\text{Nbre de décès rapportés par AC} / \text{nbre total de décès pour la période} \times 100$	CCS
3	Proportion d'AC qui remontent des informations complètes (3 appels par semaine) sur le nombre total des AC autour du CS	$\text{Nbre d'AC actifs} / \text{nbre AC total} \times 100$	CCS
4	Proportion des appels reçus sur les appels attendus (3 appels par semaine)	$\text{Nbre appels reçus} / \text{nbre appels attendus} \times 100$	CCS
5	Proportion de supervisions réalisées par les superviseurs de proximité sur le nombre de supervisions prévues (2 supervisions par semaine)	$\text{Nbre supervisions réalisées} / \text{nbre supervisions prévues} \times 100$	DPS/DCS

C. MODE DE RECUEIL ET MESURE DES INDICATEURS

Le Superviseur de Proximité est responsable de compiler les données permettant de mesurer les indicateurs de résultat relatifs aux AC (1 à 4 ci-dessus).

1. Indicateurs 1 et 2

- L'AC doit faire un rapport téléphonique au Superviseur de Proximité en cas de détection d'événement sous surveillance dans sa localité.
- L'AC remplit la fiche d'identification des événements en précisant le type d'événement. Le Superviseur de Proximité le registre de notification des alertes communautaires au niveau du centre de santé en précisant le type d'alerte. Les nombres de cas suspects de maladies à potentiel épidémique et de décès notifiés par les AC sont disponibles dans ces 2 documents.
- Le Superviseur de proximité est responsable de calculer les proportions de maladies à potentiel épidémique et de décès notifiés par les AC sur leurs nombres totaux respectifs dans la période (nombre totaux notifiés par le CS à la DPS).

2. Indicateurs 3 et 4

- L'AC doit appeler au moins trois fois par semaine le superviseur de proximité pour lui tenir au courant des activités menées au cours de la semaine.
- Le Superviseur de Proximité doit noter les appels dans le registre de suivi des supervisions et des appels transmis par les AC.
- Le Superviseur de Proximité est responsable de calculer :
 - o la proportion des appels reçus sur les appels attendus (3 appels par semaine) ;
 - o la proportion d'AC qui remontent des informations complètes (3 appels par semaine) sur le nombre total des AC autour du CS.

3. Indicateur 5

Le Chargé de la Surveillance de la DPS (MCM en général) est responsable de compiler les données permettant de mesurer les indicateurs de résultat relatifs aux CS (5 ci-dessus)

- Chaque superviseur de proximité (CCS ou son adjoint) doit effectuer 2 supervisions par semaine dans sa zone d'intervention (sous-préfecture).
- Le superviseur de proximité doit noter les résultats de sa supervision dans le registre de suivi des supervisions et des appels transmis par les AC.
- Le Chargé de la Surveillance de la DPS doit se rendre mensuellement dans tous les CS pour vérifier la complétude des données et mesurer la proportion de supervisions réalisées par les superviseurs de proximité sur le nombre de supervisions prévues (2 supervisions par semaine).

D. RÉSULTATS ATTENDUS

- Augmentation des alertes (en raison d'une sensibilisation accrue des communautés, des mécanismes de rapportage clairs et un accès à des téléphones chargés et qui ont des unités pour passer des appels)
- Réduction du temps de riposte face à un cas de MPE positivement identifié (en raison d'une remontée d'informations plus efficace et des procédures opérationnelles claires)
- Augmentation de la fréquentation des centres de santé par les usagers (en raison de l'encouragement des AC aux personnes malades de se rendre aux centres de santé et un processus de référence plus efficace)
- Augmentation de la portée des campagnes de sensibilisation de santé publique (en raison de la portée que les AC de surveillance donnent aux centres de santé jugés inaccessibles auparavant par les communautés réticentes)

X. LES CAUSES COMMUNES DE LA DIMINUTION DES ALERTES

A. NON-DISPONIBILITÉ DES AC

- o Si l'AC est malade, va à un marché hors de la ville, ou participe à une campagne de santé alors il n'est pas présent dans la communauté pour détecter les alertes
 - Surtout pendant les campagnes de santé publique (les jours de vaccination, la distribution de moustiquaires moustiques, etc.), des alertes ont tendance à diminuer parce que les AC participent à la campagne
- o Pour résoudre ce problème, les superviseurs devraient insister pour que les AC laissent leurs téléphones dans le secteur avec le chef de secteur ou quelqu'un d'autre quand ils sont occupés ou indisponibles

B. PROBLÈMES TECHNIQUES AVEC LE MATÉRIEL (PERTE DE TÉLÉPHONE, RUPTURE DU CHARGEUR SOLAIRE)

- o Ces questions importantes peuvent entraîner une incapacité physique à transmettre des alertes en temps opportun
- o Comment cela sera résolu après le départ des partenaires est une question qui reste ouverte

C. LES QUESTIONS D'ACCÈS AU RÉSEAU

- o Il y a certaines zones qui ne disposent pas de réseau téléphonique et les AC ont besoin de faire plusieurs kilomètres à vélo pour trouver du réseau
- o Besoin de clarifier avec les AC quelles sont les alertes qui nécessitent d'être reportée immédiatement donc un tour immédiat de bicyclette pour obtenir le signal, et quelles sont celles qui peuvent attendre un appel téléphonique régulier

D. LES PROBLÈMES D'ACCÈS PHYSIQUE

- o Pendant la saison des pluies, il y aura certaines zones qui deviendront inaccessibles,
- o Il sera également presque impossible à quelqu'un de se rendre dans la communauté pour étudier et évaluer une alerte au cours de cette période

E. LA NON-DISPONIBILITÉ DU CHEF DE CENTRE

- o De même que pour les AC, si le chef de centre se déplace, est malade ou occupé, etc. (et qu'aucune autre personne n'est désignée pour le remplacer sur le moment), il n'y aura plus personne pour recevoir les appels ou déterminer si une investigation est nécessaire
- o Cela aura pour deuxième effet négatif de décourager les AC
- o Ceci peut être évité avec un transfert clair des responsabilités lorsque le chef de centre est indisponible

F. LES QUESTIONS TECHNIQUES AU NIVEAU DU CHEF DE CENTRE

- o Encore une fois, des problèmes similaires (téléphone volé, les questions de moto) peuvent compliquer la retransmission des alertes et leur investigation. L'avantage ici est qu'il y a plus de gens qui peuvent appeler ou enquêter en fonction des circonstances.

G. LA RÉACTION DE LA COMMUNAUTÉ DÉFAVORABLE A UN ÉVÉNEMENT (A SAVOIR EDS)

- o Dans les communautés où il peut y avoir une réaction indésirable à un événement (comme un EDS impopulaire, ou le refus d'accepter les vaccinateurs), cela peut avoir de l'influence sur la volonté de la communauté de transmettre des alertes à l'AC (nous avons déjà vu cela à Forécariah)
- o Cela peut prendre la forme de résistance active ou passive, et les besoins en communication sociale s'en feront sentir.

XI. LES QUESTIONS EN COURS

A. NON-DISPONIBILITÉ DES AC

- Modalités d'implication des postes de santé
- Entretien des coûts de fonctionnement sur le long terme

