

République du Cameroun

Ministère de la santé publique

Secrétariat General

Direction de l'organisation des soins et
de la technologie sanitaire (DOSTS)

Republic of Cameroon

Ministry of Public Health

Secretary General

Department of Health Care Organisation
and Health technology (DHOT)

Groupe technique central du
CNLS
-GTC/CNLS-

Programme national de lutte
contre la tuberculose
-PNLT-

Programme national de lutte
contre le paludisme
-PNLP-

2016-
2017

***STRATEGIE INTEGREE DE
MISE EN ŒUVRE DES
ACTIVITES SOUS DIRECTIVES
COMMUNAUTAIRES AU
CAMEROUN***

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACT	:	Artemisinin-based Combination Therapy (Combinaison Thérapeutique à base d'Artemisinine)
ARV	:	Antirétroviral
AS	:	Aire de Santé
ASC	:	Agent de santé communautaire
BCG	:	Bacille Calmette Guérin
CENAME	:	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
C4D	:	Communication pour le Développement
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CDV	:	Conseil dépistage volontaire du VIH
COSA	:	Comité de santé
CPN	:	Consultation prénatale
CSI	:	Centre de santé intégré
CSSD	:	Chef de service de santé du district
CURLP	:	Chef de l'Unité Régionale de lutte contre le paludisme
DOSTS	:	Direction de l'orientation des soins et de la technologie sanitaire
DHIS	:	District Health Information Software
DS	:	District Sanitaire
FOSA	:	Formation sanitaire
FRPS	:	Fonds régional de promotion de la santé
GAVI	:	Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation
GTC/CNLS	:	Groupe technique central/Comité national de lutte contre le sida
IEC	:	Information, éducation, communication
IRA	:	Infection respiratoire aigüe
MILDA	:	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MEG	:	Médicaments Essentiels Génériques
MSP	:	Ministère de la santé publique
NMF	:	Nouveau modèle de financement du Fonds mondial
OBC	:	Organisation à base communautaire
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
OSCD	:	Organisation de la société civile de District
PECADOM	:	Prise en charge à domicile
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PF	:	Planification familiale
PNLP	:	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLT	:	Programme national de lutte contre la tuberculose
PR	:	Principal Récepteur
PTME	:	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

RC	:	Référent communautaire
SIS	:	Système d'Information Sanitaire
SMNI	:	Santé maternelle néonatale et infantile
SR	:	Sous récipiendaire
SRO	:	Sel de réhydratation orale
SSR	:	Santé sexuelle et de la reproduction
SSR	:	Sous récipiendaire
TB	:	Tuberculose
TDR	:	Test diagnostic rapide
UNICEF	:	United Nations Children's Funds (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VAT	:	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	:	Water, Sanitation, Hygiène (Eau, hygiène et assainissement)

TABLE DE MATIERES

1. Introduction.....	5
2. Objectifs de la stratégie harmonisée.....	5
3. Définition et processus de sélection des agents de santé communautaire	6
3.1 Notion d'agent de santé communautaire	6
3.2 Processus de sélection des ASC.....	7
3.3 Estimation du nombre et ventilation des ASC	8
4. Paquets de services et renforcement des capacités des ASC.....	7
4.1 Paquet de services offerts par les ASC	7
4.2 Equipements des agents communautaires	9
4.3 Renforcement des capacités des ASC	10
5. Principales activités des agents de santé communautaire	11
5.1 Paquet d'activités des acteurs communautaires	11
5.2 Produits de santé et circuit d'approvisionnement des ASC	11
5.3 Outils de gestion des ASC	13
6. Rémunération, motivation et modalité de paiement des agents communautaires.....	15
7. Modalités de mise en œuvre de la stratégie pour 2016-2017	16
8. Supervision et mécanisme de suivi évaluation.....	17
8.1 Rôle et implication des acteurs.....	17
8.2 Outils de collecte des données et de rapportage	17
8.3 Collecte, validation et remontée des données.....	19
8.4 Mécanismes de supervision et d'évaluation des ASC	21
8.5 Réunion communautaires de coordination.....	21
9. Mécanisme de pérennisation des ASC	21
10. Feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire.....	23
11. Budget global et financement pour la période 2016-2017	29
11.1 Principales activités du programme.....	28
11.2 Budget et financement du programme.....	29
Annexes	30
Annexe 1 : Cadre juridique de la santé communautaire	30
Annexe 2 : Panoplie de motivation des ASC.....	31
Annexe 3 : Hypothèses de calcul	31
Annexe 4 : Hypothèses d'estimation des activités et du budget des ASC.....	32
Annexe 5 : Enrôlement des ASC en 2016.....	32
Annexe 6 : Enrôlement des ASC en 2017.....	34
Annexe 7 : Estimation de la prime basées sur la performance.....	34
Annexe 8 : Agenda de la formation des ASC.....	36
Annexe 9 : Grille des prix des médicaments mis à la disposition des ASC.....	38

1. Introduction

La Conférence d'Alma-Ata en 1978 a vu l'adoption de l'approche de soins de santé primaires avec comme pilier essentiel la participation communautaire¹. Subséquemment, plusieurs textes réglementaires ont été pris par le Gouvernement pour faciliter la mise en œuvre de cette approche dont l'une concerne les structures de dialogue².

En fonction des contingences des programmes et dans un souci d'efficacité, des interventions communautaires ont été dès lors mises en œuvre avec la collaboration de la société civile. Les intervenants aussi divers et variés que sont leurs dénominations ont été utilisés essentiellement à travers une approche verticale³.

Aussi, des réflexions ont-elles été entamées au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP) pour harmoniser les interventions communautaires dans le secteur de la santé en vue de résoudre les disparités d'approches, de profil et de mécanisme entre autres. Ces réflexions ont abouti à des regroupements pour aboutir au concept d'interventions sous directives communautaires⁴.

Dans le cadre du Nouveau mécanisme de financement (NFM) du Fonds mondial, le Cameroun bénéficie d'une subvention portant sur les trois maladies à savoir le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. Le besoin d'intervenants communautaires est exprimé par les trois programmes, pour augmenter la demande de service au sein des communautés mais aussi pour le suivi des patients, l'appui aux sites de traitement et permettre de distribuer un certain nombre d'intrants de santé dans les communautés.

Les interventions de santé communautaire mises en œuvre dans le cadre du NFM sont une traduction opérationnelle de la politique des interventions de santé sous directives communautaires élaborée par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS) en 2012. Aussi, est-il nécessaire de renforcer la cohérence et la rationalité de ces interventions dans l'optique de générer plus d'efficacité et d'efficience.

Pour ce faire, les acteurs s'engagent à suivre les principes d'harmonisation édictés dans la présente stratégie intégrée. Elle constitue le document cadre qui oriente et régule les interventions des ASC.

Ce document cadre présente la stratégie de mise en œuvre des interventions communautaires en s'appuyant sur les expériences acquises au niveau des programmes paludisme et VIH et de celles mises en œuvre dans d'autres programmes soutenus par les Partenaires techniques et financiers. Elle aborde entre autres les questions de sélection des ASC, de renforcement de leurs capacités, du paquet de services, des modalités d'intervention, du suivi évaluation, de financement et de pérennisation.

2. Objectifs de la stratégie harmonisée

L'objectif général de la stratégie harmonisée des interventions communautaires est d'assurer qu'au moins 80% de la population adopte des pratiques favorables à la promotion des comportements sains, à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies (Paludisme, Infections Respiratoires Aiguës, Diarrhées, Tuberculose, VIH/SIDA, Malnutrition, Onchocercose, maladies évitables par la vaccination ...) au niveau communautaire, particulièrement dans les régions prioritaires d'intervention. Les objectifs spécifiques de la stratégie harmonisée sont les suivants au niveau des zones prioritaires :

¹ La notion de participation communautaire se définit comme un processus interactif par lequel la communauté et l'Etat représenté par les personnels de santé, œuvrent ensemble pour promouvoir la santé et résoudre les problèmes de besoins en santé de la communauté dans un esprit de partenariat et de respect mutuel.

² Arrêté N° 0033/CAB/MSP du 21 septembre 1998 portant fixation des modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire dans les districts de santé

³ Des agents de santé communautaires, sous plusieurs dénominations, ont donc été formés, et ont contribué avec beaucoup de succès à la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, au continuum de soins des personnes vivant avec le VIH/Sida, la recherche des perdus de vue dans le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, ou encore à la prise en charge à domicile du Paludisme simple (PECADOM) dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Ces agents ont aussi été mis à contribution dans la lutte contre l'épidémie de choléra, dans la mobilisation communautaire au cours des Journées Nationales de vaccination et de beaucoup d'autres interventions en faveur de la santé de la communauté

⁴ Atelier de Kribi du 14 au 17 septembre 2010 présidé par le Ministre de la santé publique et portant sur l'utilisation des agents de santé communautaire par les programmes.

1. Amener au moins 95% de la population à adopter des pratiques familiales essentielles, des mesures de prévention et de prise en charge des maladies les plus fréquentes en communauté.
2. Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme dans la communauté par les tests de diagnostic rapide dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
3. Traiter correctement 100% des cas de paludisme simple confirmés dans les 24 heures suivants l'apparition des symptômes avec les ACT dans la communauté.
4. Retrouver au moins 95% des enfants non vaccinés et les perdus de vue dans la communauté.
5. Traiter au moins 80% des cas d'infections respiratoires aiguës dans la communauté avec l'Amoxicilline.
6. Traiter au moins 80% des cas de diarrhée simple dans la communauté avec du SRO et Zinc.
7. Dépister au moins 80% des cas de malnutrition dans la communauté.
8. Sensibiliser au moins 80% de la population à adopter les pratiques familiales essentielles à la prise en charge de la tuberculose et retrouver au moins 80% des perdus de vue.
9. Sensibiliser la population au dépistage du VIH/SIDA et retrouver au moins 95% des perdus de vue dans la communauté.

3. Définition et processus de sélection des agents de santé communautaire

3.1 Notion d'agent de santé communautaire

En dépit des réformes et des investissements engagés dans le secteur de la santé, les indicateurs restent en deçà des attentes. De plus, on note toujours une faible implication des bénéficiaires dans la gestion des problèmes de santé de la communauté, y compris dans la promotion de la santé dans l'optique de susciter plus de demande. Par ailleurs, la couverture territoriale en services de santé est actuellement insuffisante, pour des raisons géographiques, culturelles et même financières, limitant ainsi l'accessibilité des populations aux soins de santé. Le concept de l'agent de santé communautaire permet d'étendre l'accessibilité aux soins de santé à la majorité de la population.

Pour résoudre ces problèmes, le Ministère de la Santé Publique a opté pour le renforcement de l'approche intégrée des interventions sous directives communautaires, conformément aux diverses recommandations de l'OMS, de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation (GAVI) et de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de santé. Pour ce faire, il faut disposer d'un certain nombre de travailleurs communautaires pour desservir les communautés moyennant une dépense à la mesure de leurs ressources. L'agent de santé communautaire agit comme un intermédiaire entre la communauté dont il est issu et les services de santé. Les programmes basés sur les ASC sont une action complémentaire, efficace et importante. Ils renforcent et étendent les services de santé en place, leur permettant d'atteindre des populations vulnérables et marginalisées, antérieurement exclues.

Tableau 1 : Définition et profil de l'Agent de Santé Communautaire

Définition et profil de l'ASC

Les ASC sont des membres de la communauté suivant les rôles qui leur sont assignés pour le développement de leurs activités de mobilisation communautaire. Les ASC doivent répondre au profil et critères d'éligibilité suivants :

- Etre un homme ou une femme appartenant et vivant dans la communauté concernée ;
- Être de bonne moralité ;
- Être volontaire ;
- Etre en bonne santé ;
- Savoir lire et écrire le français ou l'anglais et s'exprimer dans les langues de sa communauté ;
- Avoir une occupation donnée au sein de cette communauté qui lui produit un revenu ;
- Etre choisi et accepté par la communauté ;
- Connaitre les us et coutumes de la communauté concernée ;
- Etre disponible pour rendre service à sa communauté ;
- S'intéresser aux problèmes de santé publique qui affectent la communauté ;
- Ne pas exercer des activités parallèles dans le domaine de la santé ;
- Ne pas être membre d'une structure de dialogue.

L'ASC polyvalent doit être capable à l'issue du renforcement de ses capacités techniques et opérationnelles de mettre en œuvre des interventions de plusieurs programmes au sein de sa communauté.

3.2 Processus de sélection des ASC

L'ASC est présenté comme le premier point de contact de la communauté avec le système de santé comme c'est le cas dans les zones rurales enclavées et difficiles d'accès pour offrir leurs services aux communautés vulnérables. A ce titre, l'ASC joue le rôle de mobilisateur communautaire des populations en vue de l'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires (ex. femmes enceintes en CPN, enfants moins de 5 ans au PEV, cas de paludisme, orientation des cas suspects de TB, etc.).

Tenant compte des directives nationales, la sélection des agents de santé communautaire dans chaque localité se fera sur la base d'un processus participatif et inclusif. Dans un souci de reconnaissance sociale et de pérennisation des actions de santé de l'ASC, la communauté doit, après notification des critères de sélection et du profil des agents par le Chef de l'aire de santé, choisir la personne acceptée par les populations et répondant aux différents critères.

Tableau 2 : Acteurs et leur rôle dans la sélection des ASC

Acteurs	Rôle et responsabilités
Communautés	<ul style="list-style-type: none"> - facilitation du travail du comité de sélection (lieu de rencontre, logistique, etc.) - Election des ASC
Mairie/collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation du processus - Validation du choix et endossement
Organisations de la société civile de district	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la sensibilisation de la population et de la communauté sur leur rôle, critères et motivation - Appui au processus (organisationnel, logistique, etc.) - Renforcement des capacités (compilation des listes et mises à jour des bases des données des ASC sélectionnés et transmission au niveau supérieur) - Partage de la base des données avec le district et la région
Comité de sélection (Chef de l'aire, Président du COSA, Chef traditionnel)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation de la population et responsables de la communauté sur rôle, critères et motivation - Pilotage du processus (présentation des critères de sélection, élaboration des PV, signature des PV)

Le processus de sélection des ASC est le suivant :

Ce processus doit respecter certaines étapes pour favoriser l'implication et la participation de la communauté et des services de santé

- Information et sensibilisation de toute la communauté
- Mobilisation de tous les groupes sociaux autour de l'objectif visé
- Réunion de sensibilisation de la communauté sur les rôles du futur ASC
- Mise en place d'un comité de sélection
- Recueil des candidatures
- Convocation de l'assemblée générale de la communauté pour le choix de l'ASC
- Rédaction du procès-verbal indiquant les modalités de motivation de l'ASC
- Installation de l'ASC après la formation

Les critères d'éligibilité des ASC sont indiqués dans le tableau 3 suivant :

Tableau 3 : Critères d'éligibilité de l'ASC

Critères d'éligibilité de l'ASC
<p>Les critères d'éligibilité des ASC sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résider au sein de la communauté - Etre disponible - Etre âgé de 30 ans au moins et de 60 ans au plus

Critères d'éligibilité de l'ASC

- Etre capable de s'exprimer dans la ou les langue (s) locale (s)
- Savoir lire et écrire le français ou l'anglais
- Etre de bonne moralité et jouir d'une bonne réputation dans la communauté
- Avoir le sens de responsabilité et de leadership
- Avoir des aptitudes de communiquer, de convaincre et de persuader
- Etre capable d'apprendre et de s'adapter
- Disposer des aptitudes physiques pour l'exercice de ses missions
- Avoir une source de revenu

Les ASC sont choisis pour un mandat de cinq (5) ans renouvelable sur la base du processus de sélection décrit ci-dessus.

Le remplacement de l'ASC peut être envisagé dans les cas suivants : fin de mandat, démission, abus contre un mineur, départ de la communauté, empêchement prolongé ou définitif, malversations diverses, désaveu de la communauté, décès.

La défaillance de l'ASC est constatée par les communautés et les responsables des structures de santé. En cas de défaillance constatée, il sera procédé à son remplacement suivant les mêmes procédures.

3.3 Estimation du nombre et ventilation des ASC

Dans le document cadre des interventions sous directives communautaires, il est préconisé de prendre le chiffre d'un ASC pour 1000 habitants pour définir le nombre et la répartition des ASC. Toutefois, en zone urbaine et tenant compte de la forte concentration des populations, il a été retenu de considérer un ASC pour 2500 personnes. Sur cette base, le nombre estimé d'ASC nécessaire pour l'ensemble du Cameroun est de 11 896.

Dans le cadre de l'opérationnalisation des interventions sous directives communautaires, la priorité sera donnée aux régions et districts où les indicateurs de santé sont les plus faibles pour les trois maladies (forte prévalence VIH/TB, nombre de cas suspects de paludisme élevé, offre de soins et accessibilité aux formations sanitaires limitées). Par ailleurs, sur la base de l'estimation et pour une mise en œuvre progressive de la stratégie, il est prévu de déployer les ASC de manière progressive soit 4892 pour les années 2016 et 2017 (Cf. annexes 5 et 6).

La répartition des ASC sera faite à l'échelle régionale, ensuite au niveau des districts de santé prioritaires pour chaque région. Il est prévu que la stratégie de prise en charge intégrée soit menée de façon harmonisée par tous les partenaires intéressés par les interventions communautaires. A cet effet, cette stratégie communautaire prend en compte les ASC précédemment formés par l'UNICEF et le projetPEPFAR. Legap en ASC devrait être progressivement couvert au fur et à mesure de l'implication des partenaires. Tous les ASC mettront en œuvre la prise en charge intégrée communautaire (nouveau paquet d'interventions, mécanismes de suivi évaluation de leurs performances y compris les motivations prévues).

4. Paquets de services et renforcement des capacités des ASC

4.1 Paquet de services offerts par les ASC

L'ASC sera polyvalent et devra offrir un paquet de services complet comme suit :

Tableau 4: Paquet d'activités des ASC et contenu principal

Paquets d'interventions	Activités principales
Connaissance et inventaire de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contacts avec les communautés - Recensement correct de la population de sa communauté, à travers : <ul style="list-style-type: none"> o Identification des ménages de son aire de santé de rattachement o Établissement du répertoire des résidents de la communauté de son aire de santé de rattachement
Communication incitative pour le changement de comportement (CCC)	<ul style="list-style-type: none"> - Education à l'hygiène corporelle (lavage des mains avec de l'eau potable et du savon) - Sensibilisation (sessions d'IEC/CCC) au sein des communautés, en communication de masse et communication interpersonnelle, à travers les causeries éducatives en petits groupes - Séances d'éducation sanitaire sur la reconnaissance des signes de gravité et la prise en charge précoce des malades - Sensibilisation de la population sur le traitement correct des maladies fréquentes dans la communauté - Sensibilisation de la communauté sur l'importance de la vaccination et les maladies évitables par la vaccination - Education et sensibilisation contre les fausses informations et les rumeurs - Sensibilisation pour l'adoption des pratiques familiales essentielles (lavages des mains, potabilisation de l'eau, désinfection des latrines, utilisation des MILDA et séances d'éducation thérapeutique...) - Sensibilisation pour la réduction de la stigmatisation/discrimination des patients TB et VIH
Prévention du VIH, TB et Paludisme, pour adolescents, femmes en âge de procréer et adultes	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la SSR/PF - Référence et aiguillage vers les services de planification familiale - Promotion du dépistage du VIH/SIDA - Promotion du préservatif et de son usage correct - Promotion de l'utilisation correcte et systématique des MILDA - Communication sur les principaux signes de la tuberculose
Infections respiratoires aiguës (IRA), Eau/hygiène et assainissement (WASH), Diarrhée, vaccination	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion des comportements à faible risque - Pratiques familiales essentielles - Détection et orientation des cas vers les soins - Utilisation des dispositifs familiaux d'hygiène - Actions précoces face aux cas de diarrhée - Actions de mobilisation sociale pour la vaccination et la réalisation des campagnes de vaccination
Services de prévention pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion des Consultations prénatales (CPN) - Promotion du dépistage du VIH/SIDA, tuberculose, paludisme... - Promotion de la vaccination, notamment contre la poliomyélite, la rougeole, VAT, BCG, etc. - Prévention du paludisme chez la femme enceinte et le reste de la famille, par l'utilisation des MILDA - Recherche et orientation des perdus de vue de la PTME - Détection et prise en charge des cas de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes - Reconnaissance des signes de danger et références aux centres de santé du District
Prise en charge du paludisme simple	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des maladies les plus fréquentes dans la communauté - Confirmation des cas de paludisme avec les tests diagnostiques rapides - Administration précocedes ACT en cas de paludisme simple dûment diagnostiqué par les TDR - Suivi du respect de la prise à la bonne dose de la prescription de l'ACT - Suivi des malades sous traitement par ACT - Reconnaissance des cas d'effets indésirables et d'échec au traitement pour une orientation précoce - Suivi des rendez-vous (vaccination, traitement ACT, tuberculose...)
Orientation précoce	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des signes de cas graves de maladies - Référence des cas graves de maladies vers les formations sanitaires - Orientation des malades ayant des TDR négatifs

Paquets d'interventions	Activités principales
	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation des malades ayant les effets indésirables graves à la formation sanitaire - Organisation avec la communauté d'un système de transfert rapide des malades référés
Suivi post-natal au sein des communautés	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des consultations post-natales et les séances de vaccination - Enregistrement des naissances
Activités de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du stock de kits de prise en charge du paludisme - Recouvrement de coût des kits de prise en charge du paludisme au niveau communautaire - Participation aux réunions de coordination au niveau de son aire de santé et/ou district de santé - Remplissage correct des registres d'activités de l'ASC - Production du rapport d'activités de l'ASC, à la fin de chaque mois

Le paquet sera déployé de la manière suivante :

Tableau 5 : Zone de couverture des principales interventions des ASC

Maladies	Interventions	Cible	Zone de couverture au terme pour la première phase de l'intervention
TB	IEC/CCC	Population générale	69 districts sanitaires
	Détection et orientation des cas	Population générale	69 districts sanitaires
	Recherche des malades/patients irréguliers/perdus de vue	Tout patient tuberculeux	Dans les communautés des 69 districts de santé
	Aide à l'observance	Tout patient tuberculeux	123 CDT en 2016 et 125 en 2017 dans les 69 districts de santé
VIH	IEC/CCC et distribution de matériels préventifs		69 districts sanitaires
	Promotion de la CPN et des accouchements assistés (PTME)	Femmes enceintes, conjoints	69 districts sanitaires
	Référence vers les sites de dépistage/traitement	Population générale	128 CTA/UPEC
	Recherche des malades/patients irréguliers/perdus de vue		
	Promotion du dépistage (CDV)	Population générale	69 districts sanitaires
Paludisme	IEC/CCC	Population générale	69 districts sanitaires
	Distribution des MILDA	Population générale	69 districts sanitaires
	Prise en charge du paludisme simple (diagnostic et traitement)	Population générale	69 districts sanitaires
	Référence des cas de paludisme compliqués		
Autres paquets complémentaires	IEC/CCC pour IRA, PEV, WASH, SMNI, Diarrhée	Population générale	69 districts sanitaires

4.2 Equipements des agents communautaires

Tenant compte de la nature des activités que mèneront les ASC, chacun d'entre eux bénéficiera d'équipements de protection et de travail comme suit :

Tableau 6 : Nature et composition du kit d'équipement de l'ASC

Nature des équipements		Quantité 2016	Quantité 2017
1	Sac	1	1
2	Thermomètre	2	2
3	kit de lavage des mains (1 kit tous les 2 mois: savon, stérilisant, mouchoirs)	6	6
4	caisse de conservation des médicaments	1	

Nature des équipements		Quantité 2016	Quantité 2017
5	Registres et fiches	1	1
6	Boîte à image intégrée de l'ASC polyvalent	1	
10	Mégaphone	1	
11	Piles alcalines (pairs de piles)	24	
12	Téléphone	1	
13	Puce téléphonique	1	
14	Supports de collectes de données et de gestion des intrants	12	12
15	Bic bleus	6	6
16	Bic rouge	3	3
17	Crayon de papier	4	4
18	Taille crayons	2	2
19	Gomme	2	2
20	un gilet d'identification (chasuble)	1	
21	Badge d'identification	1	1
22	Botte, aides mémoires, calendrier vaccinal, boîte de sécurité	1	
23	Manteau imperméable	1	
24	Lampe solaire	1	1

4.3 Renforcement des capacités des ASC

En vue de rendre les acteurs communautaires aptes à remplir efficacement leur rôle, les capacités des ASC seront renforcées. Les modules de formation et les kits d'animation seront revus et harmonisés pour prendre en compte le paquet que l'ASC va délivrer d'une part et d'autre part les besoins de polyvalence.

Une formation initiale de dix(10) jours sera offerte à l'ensemble des ASC sur les modules de paludisme, VIH/TB, généralités sur les interventions sous directives communautaires et Communication Pour le Développement et la supervision technique réalisée par le responsable de l'aire et l'OSCD permettront de consolider les connaissances, aptitudes et pratiques des ASC dans le moyen et long terme. La formation initiale va concerner les ASC qui n'ont reçu des formations que sur la PTME (essentiellement ceux soutenus par le PEPFAR).

La formation initiale abordera entre autres les points suivants :

Tableau 7: Principal contenu de la formation initiale des ASC

Domaines/aspects	Contenus principaux
Induction de l'ASC	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de l'ASC, comportements, missions dans la communauté - Participation communautaire (gestion des services de santé, comment les familles doivent participer...) - Connaissances du système de santé - Technique de communication (CIP, animation de groupe, plaidoyer, etc.)
Contenu thématique	Des formateurs seront formés pour assurer la formation des ASC sur le terrain. Les modules sont élaborés sur les différentes interventions à mener par l'ASC. Chaque responsable de l'intervention est chargé de la validation et de la mise à jour du contenu thématique le concernant
Modalités de délivrance du paquet	<p>Il s'agira de mettre l'ASC en situation de délivrance de son paquet selon l'approche centrée sur les cibles au sein des communautés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier ensemble les cibles (brainstorming) • Diviser les participants par groupes et par cible • Jeux de rôle • Exercice pratique sur les activités curatives

	<ul style="list-style-type: none"> • Descente sur le terrain pour la prise de contact avec les structures sanitaires et services de santé impliqués dans la mise en œuvre • Restitution commentée en plénière • Synthèse des messages par cible à remettre aux ASC
Remplissage des supports de collecte des données	Il s'agira de passer en revue les différents outils que devra remplir les ASC au cours de leurs activités : fiche de sensibilisation, fiche de prestation de service...

Les formations prévoient entre autres, des sessions pratiques, notamment les jeux de rôles (Cf. annexe 8).

En plus du Chef de l'aire de santé, les ASC bénéficieront d'une supervision et d'un appui conseil de la part des OSCD, en raison d'un (01) par district sanitaire. Ces derniers seront capacités pour mieux jouer leur rôle auprès des ASC et du Chef de l'aire de santé. Ils relèveront des SR à qui ils rendent compte et facilitent de par leurs actions la collecte, la validation et la remontée des données de qualité avec promptitude et complétude.

5. Principales activités des agents de santé communautaire

5.1 Paquet d'activités des acteurs communautaires

En vue de mettre en œuvre le contenu du paquet thématique, les ASC mèneront un certain nombre d'activités en direction des communautés relevant de leur aire de responsabilité. Les activités qui seront menées sont les suivantes :

Tableau 8 : Principales activités des ASC

Activités	Fréquence	Paquet thématique à délivrer	Prestations de service
Visites à domicile	1 sortie par semaine, 10 domiciles visités par sortie	CCC thématique en fonction des cibles	Counseling Diagnostic et Traitement des cas de paludisme simple* IRA/Diarrhée
Prise en charge des cas	Continue	Paludisme IRA/Diarrhée	Diagnostic et Traitement des cas de paludisme simple* IRA/Diarrhée
Causeries éducatives (Jeunes/adolescents ; Femmes enceintes ; Hommes ; Couples)	1 session/mois	VIH Paludisme IRA/Diarrhée WASH TB	-Sensibilisation -Marketing social (distribution des préservatifs, promotion du TPI, etc.)
Recherche des patients irréguliers et des patients perdus de vue	1 sortie tous les mois	TB, CPN, PEV	Recherche de perdus de vue/ absent au traitement/ patients irréguliers
Référence de cas	continue	VIH Paludisme IRA/Diarrhée TB, CPN	

5.2 Produits de santé et circuit d'approvisionnement des ASC

Afin de mener à bien ses activités, il sera mis à la disposition de l'ASC, outre son matériel de sensibilisation, des outils de travail et des produits de santé.

Les outils de travail seront reproduits et mis à la disposition de chaque aire de santé afin que l'ASC puisse en avoir accès au fur et à mesure des besoins.

Tous les ASC seront dotés gratuitement d'un stock initial de départ. Le renouvellement du stock de médicaments est à la charge de l'ASC à partir des recettes générées de la vente du stock initial. En dehors des ACT et TDR destinés aux enfants de moins de 5 ans, tous les autres -intrants seront vendus aux populations au même prix de cession que dans la FOSA. Le renouvellement se fera chaque mois au niveau du dépôt des médicaments de la FOSA. L'ASC vient s'approvisionner au niveau du dépôt des médicaments de la FOSA après le visa du Chef de l'aire de santé et le versement de la somme perçue au cours du mois pour les médicaments vendus. Au cours des supervisions techniques, le Chef de l'aire de santé s'assurera de la disponibilité des stocks au niveau de l'ASC.

Les produits de santé suivront le circuit habituel de distribution des médicaments essentiels génériques (MEG) (CENAME → Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS) → FOSA/Aire de santé → ASC). Les CURLP en collaboration avec les CSSD établissent des plans de répartition des intrants par aire de santé et par centre de santé intégré (CSI). Les intrants sont déchargés auprès du CSSD par les chefs des CSI qui remettent la part de chaque ASC, sous décharge. Les outils habituels de gestion seront utilisés à tous les niveaux pour le suivi et la gestion de ces intrants (Cf figure ci-dessous).

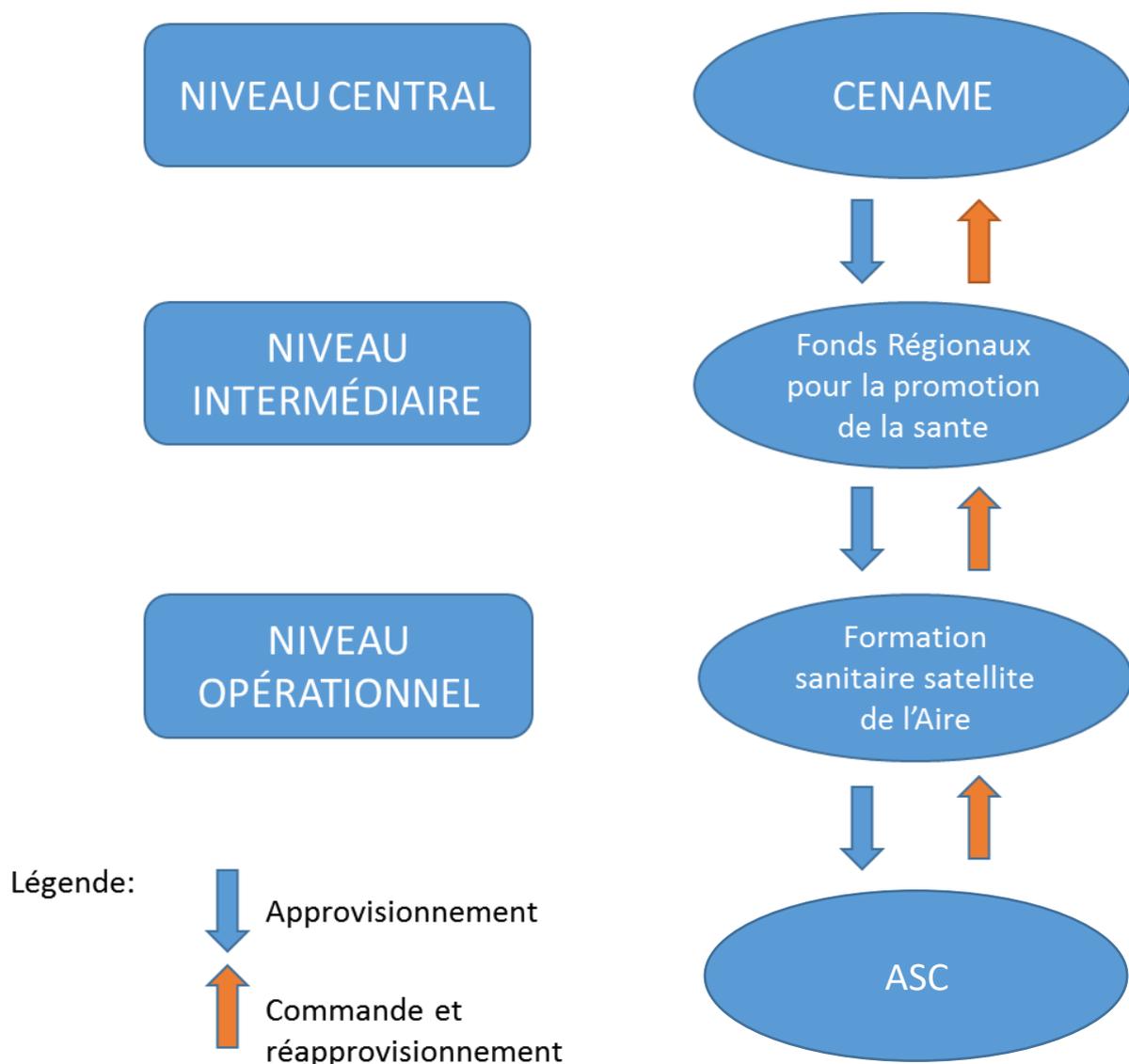


Figure 1 : CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT DES ASC EN INTRANTS

La supervision régulière des ASC, la disponibilité permanente des médicaments au niveau des dépôts MEG des aires de santé et une bonne gestion des ressources générées par la vente des médicaments devraient permettre de réduire les risques de ruptures au niveau des ASC. Les structures de dialogue veilleront à ce que les prix pratiqués par les ASC restent conformes aux dispositions prévues (Cf. Annexe 9).

A l'issue de leur formation, les ASC seront approvisionnés en intrants pour la prise en charge du paludisme, des IRA, de la diarrhée et des préservatifs pour la démonstration. Les produits de santé distribués via l'ASC sont les suivants :

Tableau 9 : Contenu des produits de santé de l'ASC

Maladies/composantes	Nom du produit et conditionnement	Tranches d'âge et proportion	Quantité initiale	Stock de démarrage de l'ASC
SMNI, IRA, diarrhée	SRO	< 5 ans (35%)	200	500
		5-13 ans (20%)	100	
		>=13 ans (45%)	200	
	Zinc (plaquettes)	< 5 ans (35%)	100	250
		5-13 ans (20%)	50	
		>=13 ans (45%)	100	
	Fer + acide folique	< 5 ans (35%)	A déterminer au cours de la mise en œuvre	
		5-13 ans (20%)		
		>=13 ans (45%)		
	Vitamine A	< 5 ans (35%)	A déterminer au cours de la mise en œuvre	
		5-13 ans (20%)		
	Amoxicilline	< 5 ans (35%)	40 (cp 250 mg)	150
5-13 ans (20%)		20 (cp 500 mg)		
>=13 ans (45%)		90 (cp 500 mg)		
Mébendazole	< 5 ans (35%)	A déterminer au cours de la mise en œuvre		
	5-13 ans (20%)			
	>=13 ans (45%)			
VIH	Préservatifs (féminin et masculin) pour démonstration	Masculins	A déterminer au cours de la mise en œuvre	
		Féminins		
Paludisme	TDR	< 5 ans (35%)	20	50
		> 5 ans (65%)	30	
	ASAQ	< 5 ans (35%)	35	50
		5-13 ans (20%)	5	
		>=13 ans (45%)	10	
	Paracétamol	< 5 ans (35%)	A déterminer au cours de la mise en œuvre	
		5-13 ans (20%)		
>=13 ans (45%)				

Les stocks de démarrage livrés à l'ASC appartiennent à la communauté. A cet effet, au moment de la décharge des stocks, il est recommandé qu'une réunion de remise des stocks de démarrage soit organisée par le Chef du CSI et le COSA invitant les leaders de la communauté qui témoignent du transfert des stocks aux ASC.

La décharge est visée par le Chef du CSI, cosignée par le Chef de la communauté et l'ASC en présence des membres de la communauté. La communauté sera informée de leur responsabilité à rembourser ce stock en cas de détournement ou de manquant non justifié. Aussi, des caisses sécurisées seront remises aux ASC via le Chef du CSI pour assurer le bon stockage et la sécurisation des intrants.

Les stocks des ASC seront renouvelés sur la base des données statistiques relatives à la consommation des intrants. Avant d'entamer son stock de sécurité, l'ASC devra reverser les revenus des ventes auprès du Chef du CSI qui prélèvera le cout du nouveau stock et lui remettra la marge bénéficiaire. Il doit passer une nouvelle commande en fonction du montant versé et de sa consommation.

5.3 Outils de gestion des ASC

Il s'agit de :

- Registre des activités de communication
- Registre de consultation des enfants de 2 mois à 5 ans
- Registre de consultation des enfants de plus de 5 ans et des adultes

Chaque registre de consultation contient une liste d'outils suivants :

- Fiche de référence et contre-référence avec souche
- Reçu des ventes
- Grille de supervision de l'ASC
- Fiche de suivi de consommation journalière des médicaments par l'ASC
- Fiche de synthèse mensuelle des activités et de gestion des stocks de l'ASC.
- Fiches d'approvisionnement en intrants utilisées pour assurer une traçabilité des approvisionnements.

Les SR et les chefs des Aires s'assureront également du bon remplissage, de la bonne tenue et de l'archivage de ces outils.

6. Rémunération, motivation et modalités de paiement des agents communautaires

L'ASC mènera des activités ordinaires et des activités spécifiques.

- Les activités ordinaires sont celles qui concourent à induire au sein des communautés les changements de comportement et d'attitude à même d'améliorer leur état de santé et de prévenir la survenue des maladies
- Les activités spécifiques sont les prestations de services que l'ASC réalise en soutien aux programmes. Il s'agit par exemple de la recherche de perdus de vue, du diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme simple.

En ce qui concerne les motivations de l'ASC, le document des interventions sous directives communautaires définit deux catégories de motivation des ASC, à savoir :

- le mécanisme d'incitation financière qui consiste d'une part au paiement d'une prime fixe de 20 000 FCFA par mois octroyée après validation du rapport d'activité de l'ASC par l'OSCD conjointement avec le chef de l'aire et d'autre part, une prime basée sur la performance en fonction des résultats obtenus au montant maximal de 20 000 FCFA.
- le mécanisme d'incitation non financière basée sur des avantages divers accordés aux ASC (Cf. Tableau 10 ci-dessous).

Tableau 10 : Modalités de motivation de l'ASC

Mécanismes d'incitation financière	Mécanismes d'incitation non financière
Ristourne sur les prestations payantes du centre (CPN, accouchements assistés, PF...) au cas où son travail améliore l'utilisation des services de santé	Consultation gratuite pour l'ASC, de son ou ses épouses et de ses enfants
Participation aux activités rémunérées en cas (choix prioritaire de l'ASC aux campagnes de masse, réunion, recherche, sensibilisation...)	Valorisation de l'ASC (invitation aux activités de santé, supervisions, visites, lettres d'encouragement des autorités, décorations, dotation d'attestation de formation...)
Bénéfices issus de la vente des médicaments et autres intrants (contraceptifs...)	Contribution de la communauté aux tâches quotidiennes de l'ASC (travaux champêtres...)
Primes aux meilleurs ASC sur la base de leurs performances (CPN, accouchements, vaccination, latrines propres...)	Dotation en matériel de travail et délivrance des badges, tee-shirts et autres gadgets
Soutien des autorités locales (administratives, politiques, religieuses, traditionnelles...) et OSC	Reconnaissance dans la communauté Echanges d'expériences entre localités

	Renforcement des capacités à créer des activités génératrices de revenu
--	---

Concernant, les activités induisant des dépenses, les montants requis seront versés à l'ASC (ex. frais de taxi ou moto...) pour leur réalisation.

En plus d'une prime fixe, des dispositions seront prises au sein de chaque aire de santé pour faciliter leur accès aux services de santé en vue de renforcer leur motivation. Ces mesures sont entre autres :

- Consultation gratuite pour l'ASC et les membres directs de sa famille
- Réduction de 50% du coût des examens pour l'ASC et 25% pour les membres directs de sa famille
- Réduction de 25% des frais d'hospitalisation pour l'ASC et les membres directs de sa famille

L'ASC percevra également des primes d'encouragement sur la base des produits de santé vendus et des résultats obtenus (Cf. Annexe 7).

L'ASC recevra un stock de départ constitué de produits de santé connu et visé par le chef de l'aire sera remis à chaque ASC. La vente de ce stock de base permettra à l'ASC de se constituer un fonds de roulement avec lequel il va acquérir les stocks suivants. Les produits seront cédés à l'ASC avec une marge bénéficiaire, ce qui lui permettra d'engranger des revenus supplémentaires

Afin de réduire les risques de fraude sur les prix et sur les produits à distribuer gratuitement, les populations en seront informées sur les prix, les modalités d'accès. Le contrôle du responsable de l'aire de santé et le contrôle social permettront de mieux encadrer cette activité.

Pour ce qui est du chef de l'Aire, il percevra une prime de motivation basée sur sa performance à la supervision des ASC et la validation de leurs rapports d'activités mensuels par le chef de district et l'OSCD.

7. Modalités de mise en œuvre de la stratégie intégrée pour 2016-2017

La mise en œuvre de la stratégie intégrée de santé communautaire pour la période 2016-2017 sera financée par les subventions TB-VIH et Paludisme du NFM et d'autres partenaires.

Dans le cadre du NFM, elle reposera sur trois (3) Sous récipiendaires de la société civile qui seront recrutés à travers un processus commun piloté entre les 3 programmes.

Tableau 11 : Zone de couverture et répartition des ASC par SR

SR	Région	2016 et 2017
SR1	Centre	733
	Nord-Ouest	597
	Sud	175
SR 2	Est	331
	Adamaoua	415
	Nord	543
	Extrême Nord	821
SR 3	Littoral	530
	Ouest	242
	Sud-Ouest	505
Total ASC		4892

Au moment de l'opérationnalisation, la distribution spatiale des ASC sur le terrain doit tenir compte de la densité de la population. Pour certains endroits d'accès éloignés ou difficiles, la répartition pourrait se faire par village/localité.

Pour assurer la mise en œuvre, chaque SR dispose d'une représentation régionale dans chacune des régions qu'il couvre sous la responsabilité d'un superviseur régional qui assume également les fonctions de suivi évaluation.

Au niveau des districts de santé, les SR travailleront avec des OSCD (Organisation de la société civile de district) sur la base d'un contrat pour la mise en œuvre des activités. Ainsi, l'OSCD mettra à la disposition du SR deux personnes à savoir :

- Un responsable de l'OSCD chargé d'assurer de la coordination des activités des ASC, de leur appui technique et financier, de la compilation/vérification de leurs données. Il collaborera aussi avec les chefs des aires de santé et le district sanitaire pour organiser la supervision technique des ASC et la coordination globale des activités de santé communautaire au sein du district sanitaire.
- Un assistant comptable chargé d'assurer les paiements des ASC après validation de leur rapport d'activités par l'OSCD et le chef de l'Aire, selon les modalités retenues, et de récupérer les pièces justificatives

Des réunions de coordination trimestrielles seront organisées au niveau des districts sous l'égide de l'ECD et du SR concerné. Ces réunions faciliteront la mise en œuvre à travers l'amélioration de l'environnement de mise en œuvre, l'identification des goulots d'étranglement et la détermination de solutions consensuelles pour leur levée.

Au niveau régional et national des réunions de coordination sous l'égide respective des DRSP et de la DOSTS permettront de suivre les progrès et apporter les orientations et le soutien technique et stratégique nécessaire.

8. Supervision et mécanisme de suivi évaluation

8.1 Rôle et implication des acteurs

Principale bénéficiaire des activités de l'ASC, la communauté qui l'a choisi a également la responsabilité de contrôler les actions de ce dernier au sein de la population. A ce titre, la communauté doit :

- Conduire une évaluation participative de l'ASC tous les 06 mois en vue de faire le point sur les activités réalisées par ce dernier. Cette évaluation sera pilotée par le comité de sélection de l'ASC. Le rapport de cette évaluation sera contresigné de tous les membres et partagé avec la Mairie.
- Au cours de cette évaluation, les membres de la communauté représentée dans le comité participeront à l'élaboration des plans d'actions des ASC pour les 6 mois suivants.
- La communauté constate et notifie le Chef de l'aire de santé et la Mairie, de la démission, empêchement prolongé, départ de la communauté, décès d'un ASC, désaveu, et procède par la même approche participative sus citée au remplacement des ASC.

La coordination et le suivi des activités des ASC incombent au Chef de l'aire et à l'OSCD qui le supervisent techniquement. Toutefois, les représentants de la communauté (leaders traditionnels, religieux, Représentant de la Mairie, FOSA) prennent part aux réunions de coordination des ASC organisées par le Chef de l'aire de santé. La participation de la communauté sert à présenter les problèmes de santé réels auxquels la population et/ou l'ASC fait face dans la communauté. Elle permet également d'avoir un éclairage sur la fonctionnalité des agents sur le terrain. Le tableau 12 ci-dessous donne un aperçu du rôle de ces acteurs.

Tableau 12 : Acteurs et leur rôle dans le dispositif de mise en œuvre des activités de santé communautaire

Acteurs	Nature	Responsabilité/implication
Communauté	Communauté des 69 districts prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Participe aux choix des ASC - Participe à l'évaluation des ASC - Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires -
Responsable FOSA ou aire de santé	Il existe 1956 (sur 4500) FOSA réparties sur 69 districts sanitaires (sur 189) qui seront concernées	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la formation des ASC - Encadrement technique des ASC relevant de son aire de responsabilité - Approvisionnement des ASC en produits de santé et suivi de leur stock - Contrôle de l'utilisation des produits de santé par l'ASC - Collecter les données des ASC et les transmettre au district - Supervision des ASC en collaboration avec les OSCD
Comité de santé	Au niveau de 1956 FOSA	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilise les communautés sur le processus de sélection des ASC - Participe aux choix des ASC - Participe à l'évaluation des ASC - Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires - Convaincre les membres de la communauté à adhérer au processus - Facilite l'approvisionnement des ASC en intrants et produits de santé
Equipe cadre de district	Il existe 69 districts sanitaires prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination globale des interventions des ASC dans le district - Coordination de l'approvisionnement des ASC en intrants - Compilation des données des ASC - Analyse et feed-back - Participation aux ateliers de validation des données produites par les ASC
Mairies/ collectivités territoriales		<ul style="list-style-type: none"> - Assurent la tutelle administrative des interventions sous directives communautaires - Endossent la liste des ASC recrutés dans son aire - Assurent le suivi des progrès et participation au suivi évaluation de la santé communautaire - Contribuent à la motivation des ASC - Mobilisent les ressources pour la pérennité
OSCD (SSR)	69 OSCD en raison de 1 OSCD/ district prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la formation des ASC - Superviser les ASC - Appui logistique aux ASC (mise à disposition du matériel de travail) - Collecte des données et transmission au SR - Participation aux ateliers de validation des données - Paiement des indemnités des ASC et des frais de supervision du chef de l'aire
SR communautaires	3 SR	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination globale et supervision des activités des OSCD de sa zone - Compilation des données des OSCD et des ASC - Production des rapports périodiques sur les activités de santé communautaire - Appui logistique et technique auprès des OSCD - Paiement des indemnités des OSCD
Délégué régional de la santé publique	10 DRSP	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination globale des interventions des ASC dans la région - Compilation des données des ASC - Analyse et feed-back - Participation aux ateliers de revue des données produites par les ASC - Documentation des interventions sous directives communautaires de sa région

Une Task-force sera mise en place au niveau central comprenant entre autres les 3 programmes (VIH, Paludisme et Tuberculose), les partenaires/acteurs de mise en œuvre sous la houlette de la DOSTS. Cette Task-force assumera les tâches suivantes :

- Assurer la coordination globale du programme de santé communautaire
- Identifier les goulots d'étranglement et les solutions idoines
- Faire le plaidoyer pour la consolidation et la pérennisation du programme de santé communautaire.

8.2 Outils de collecte des données et de rapportage

Toutes les activités menées par les ASC feront l'objet de renforcement des capacités à l'aide d'outils qui seront mis à leur disposition. Au cours de leur formation initiale, ils seront outillés au remplissage correct de ces outils. En plus de cela, les supervisions menées par les chefs des aires et les superviseurs OSCD permettront à l'ASC de mieux maîtriser le remplissage et l'utilisation des différents outils.

Tableau 13: Outils de rapportage de l'ASC

Registres de l'ASC	Outils de gestion de l'ASC
<ul style="list-style-type: none"> - Registre de suivi du nouveau-né et du nourrisson de moins de deux mois - Registre de consultation des enfants de deux mois à 5 ans - Registre de consultation des enfants de plus de 5 ans et adultes - Registre de suivi des activités de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiches de référence et contre référence - Carnet de reçu communautaire - Fiche de suivi de consommation des médicaments au CSI - Fiche de dépistage communautaire de la malnutrition - Fiche de synthèse hebdomadaire/mensuelle des activités et de gestion de stocks de l'ASC - Grille de supervision de l'ASC

8.3 Collecte, validation et remontée des données

Les données communautaires seront collectées, agrégées et validées à différents niveaux jusqu'au niveau central. A l'heure actuelle, le dispositif du Système d'Information Sanitaire (SIS) n'intègre pas les données communautaires, notamment au niveau du DHIS. A moyen terme (d'ici à 2017), le DHIS2 sera amélioré pour intégrer les données communautaires (financement à rechercher).

En attendant l'intégration des données de santé communautaire dans le DHIS, le circuit, la validation et la remontée des données se fera comme suit :

- **Au niveau des ASC :** Les ASC mènent les activités dans la communauté selon la planification établie avec le Chef de l'aire de santé et le superviseur de l'OSCD. Les ASC rapportent mensuellement les données sur les activités menées au Chef de l'aire de santé qui les examine et les valide. Lors de la descente du responsable de l'OSCD, il examine les données des ASC transmises à l'Aire de santé et emporte une copie des données validées.

Les ASC seront supervisés mensuellement par le chef de l'aire et une fois tous les deux mois conjointement par l'OSCD et le chef de l'aire sur la mise en œuvre du paquet d'interventions à base communautaire. Cette supervision conjointe sera réalisée à partir d'un planning validé par le Chef de l'aire de santé et le responsable de l'OSCD. Ces supervisions viseront à vérifier la qualité des activités mises en œuvre en fonction des normes et standards.

Une rencontre de suivi/coordination des activités communautaires au niveau des aires de santé est prévue une fois par trimestre. Cette rencontre permettra aux ASC, aux membres des structures de dialogue et à l'équipe du FOSA de discuter de la mise en œuvre des activités, des données de suivi/supervision et des difficultés rencontrées par les ASC. Des solutions seront proposées pour améliorer le travail des ASC. Le suivi de la mise en œuvre des solutions sera fait au cours des supervisions

- **Au niveau des OSCD** : Les données des ASC validées au niveau des aires de santé sont compilées mensuellement pour produire un rapport qui sera transmis au Bureau régional des SR. Une copie des rapports est transmise au district sanitaire par le chef de l'Aire.
- **Au niveau des Bureaux régionaux des SR** : Les rapports des OSCD sont vérifiés, recoupés, compilés et analysés chaque mois. Un rapport est produit et transmis au SR avec la base de données nettoyée. Une copie de ce rapport est transmise à la DRSP
- **Au niveau des SR** : Les SR reçoivent les rapports de leurs bureaux régionaux puis les analysent et les compilent. Les données sont consolidées dans une base de données. Un rapport trimestriel est produit et transmis au PR avec les indicateurs calculés et la base de données actualisées.
- **Au niveau des PR** : Les rapports des PR et leur base de données sont utilisées pour produire le PUDR. Chaque PR extrait dans la base de données les informations qui le concernent pour étoffer son rapport et produire son PUDR qui sera transmis au Fonds mondial. Les 3 PR organisent conjointement des missions semestrielles de supervision et de contrôle de la qualité des données communautaires transmises.

Une fois que les données de santé communautaires seront intégrées dans le SIS, la collecte, la validation et le circuit des données se feront comme suit :

Tableau 14: circuit de collecte et de transmission des données

Niveau	Principales actions
ASC	- Remplissage des fiches d'activités
Aire de santé/FOSA	- Transmission des fiches au Chef de l'aire
District sanitaire	- Vérification des données des ASC
	- Validation et transmission des données des ASC avec l'OSCD
	- Vérification et contrôle qualité des données des FOSA
	- Validation trimestrielle des données communautaires avec la présence de l'OSCD et Coordonnateur du Bureau régional SR
DRSP	- Saisie des données dans le DHIS2
	- Contrôle qualité des données saisies au niveau des districts
	- Une copie des données est transmise au bureau régional du SR
CIS	- Contrôle qualité et vérification de la complétude et de la cohérence des données
	- Extraction des données et indicateurs pour le MSP, les SR
	- Une copie est transmise aux PR
SR	- Consolide les données reçues du CIS et y ajoute les autres données pour produire leur rapport trimestriel (celles non prises en compte dans le DHIS)
	- Transmission des rapports au PR chaque trimestre

Les différents acteurs assureront une meilleure coordination de la mise en œuvre des subventions à travers :

- Les rencontres périodiques mensuelles entre les PR du secteur public et de la société civile pour faire le point de l'état de mise en œuvre des subventions ;

Les rencontres périodiques trimestrielles entre PR et SR du secteur public et de la société civile pour faire le bilan de la mise en œuvre (évolution du niveau des indicateurs du cadre de performance, état de mise en œuvre des activités).

Le circuit de collecte et de remontée des données communautaires issues des activités des ASC se présente comme suit :

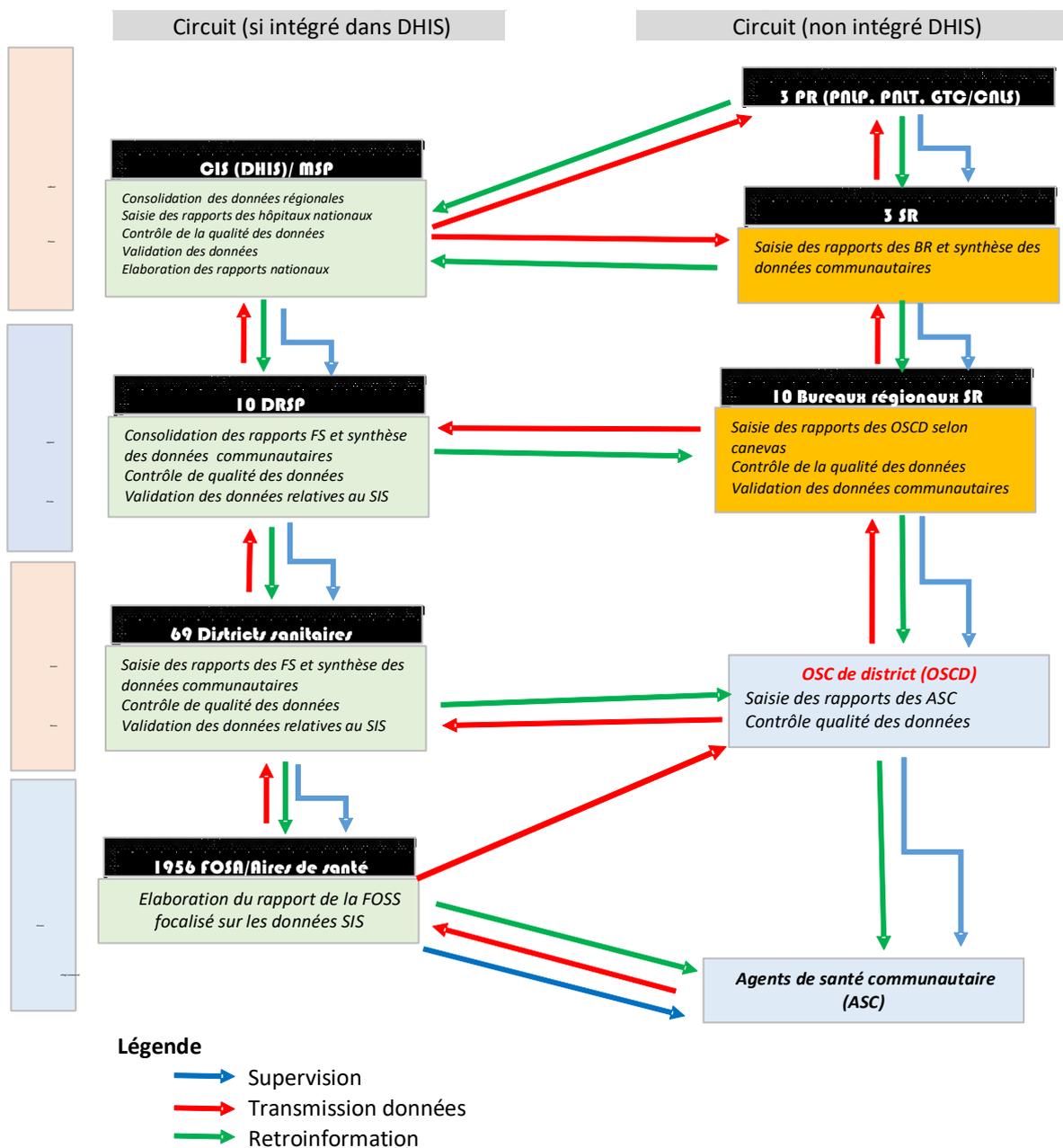


Figure 2 : Circuit de collecte et de remontée des données communautaires issues des activités des ASC

8.4 Mécanismes de supervision et d'évaluation des ASC

Après la formation initiale des ASC, le plan de suivi devra être mis en œuvre sur la base d'une grille de supervision élaborée, prenant en compte les aspects spécifiques des interventions sous directives communautaires, afin d'apporter le soutien nécessaire aux ASC pour l'accomplissement de leurs missions.

La supervision se mènera comme suit :

- Le 1er suivi post-formation des ASC, interviendra 1 mois après le démarrage des activités. Ce premier suivi se fera avec l'accompagnement de tous les niveaux (superviseurs du niveau central, régional, DS et AS).
- Le 2ème suivi post-formation des ASC, à intervalle de 1 mois après le 1er sera organisé par la DRSP, les Equipes Cadres de DS et des AS, qui partageront les résultats avec le niveau central.
- Le 3ème suivi post-formation des ASC à intervalle de 1 mois après le 2ème.

Les autres supervisions se feront une fois tous les deux mois sous la supervision des équipes cadres de DS et des aires de santé qui transmettront les résultats au niveau régional, puis central.

L'équipe de l'Aire de Santé assure la supervision directe des ASC, avec l'appui de l'Equipe Cadre du District de Santé et de la Délégation Régionale de la Santé Publique.

L'évaluation de la stratégie se fera à la fin de la 2^{ème} année du programme sous l'égide des collectivités territoriales et la participation des communautés. Le chef de l'aire de santé et l'agent OSCD participeront à titre d'observateurs et d'appui technique.

Ces évaluations permettront aussi de retenir les ASC performants, décider des ASC à remplacer et ajuster l'appui technique aux ASC et le plaidoyer communautaire nécessaire pour la bonne marche de leurs activités.

8.5 Réunions communautaires de coordination

En plus des supervisions mensuelles, il est prévu tous les deux mois, une réunion de partage des leçons apprises, des problèmes rencontrés et de validation des rapports d'activités des ASC dans chaque aire de santé avec les ASC, les chefs d'aire et les superviseurs des OSCD.

Par ailleurs, les OSCD participent aux réunions de coordination trimestrielles organisées au niveau des Districts de santé.

9. Mécanisme de pérennisation des ASC

La pérennisation des ASC est un processus qui a démarré il y a plusieurs années et qui s'améliore progressivement. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (Paludisme, IRA et diarrhée) a été un grand moment de réflexion sur la nécessité du maintien des ASC dans le système des soins avec le soutien des partenaires techniques et financiers clés. Le processus de pérennisation dépend de la mise en place d'un certain nombre de mécanismes de motivation comme les formations/recyclage, le suivi rapproché en termes de supervisions et d'appuis techniques (qui permettent de maintenir la qualité des interventions des ASC), la motivation financière et non financière ainsi que la contribution de la communauté. (cf. 3.2 Processus de sélection des ASC)

L'intégration de toutes les interventions nécessite des ASC polyvalents afin d'assurer la mise en œuvre effective d'un paquet intégré d'interventions sous directives communautaires entre autres, favorisant la synergie et l'utilisation rationnelle des ressources permettant ainsi une économie d'échelle.

L'appui stratégique du Chef de l'aire et des responsables/leaders communautaires et d'opinions constituent des aspects très valorisants pour l'ASC et contribuent de façon significative à leur rétention.

En ce qui concerne la pérennisation des activités, l'implication des collectivités territoriales décentralisées et des structures de dialogue (COSA) permettra d'envisager l'inscription de la prise en charge financière des ASC dans leurs budgets de dépense périodique. De même, l'implication des structures du secteur privé y compris les confessionnelles et autres participera au bon maintien du système de santé communautaire.

La pérennisation des interventions sous directives communautaires dépend :

- Du maintien des ASC formés grâce à la motivation: Suivi rapproché, recyclage, motivation financières et non financières surtout la contribution de la communauté ;
- L'intégration de toutes les interventions sur un seul ASC polyvalent, la mise en œuvre d'un paquet intégré des interventions sous directives communautaires entre autres, favorisent la synergie et l'utilisation rationnelle des ressources ;
- Aux supervisions et appuis techniques qui permettent de maintenir la qualité de leurs interventions
- De l'appui stratégique du Chef de l'aire et des responsables/leaders communautaires et d'opinion

- De la durabilité du financement, l'implication des collectivités territoriales décentralisées et des structures de dialogue (COSA) permettront d'envisager l'inscription de la prise en charge financière des ASC dans leurs budgets de dépense périodique. et l'implication des structures du secteur privés, confessionnelles, entreprises et autres.

10. Feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire

Tableau 15: Feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie intégrée communautaire

FEUILLE DE ROUTE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRISE EN CHARGE INTEGREE COMMUNAUTAIRE

Chronogramme des activités 2016-2017	*Responsables	2016					2017											
		aou t	sept	oct	nov	dec	Jan	fev	Mar s	Avri l	Mai	Juin	Juill et	Aoû t	Sep tem bre	Oct obr e	Nov em bre	Dec em bre
1. ACTIVITES PREPARATOIRES ET DE COORDINATION																		
Recruter un consultant pour appuyer la mise en œuvre des activités	UNICEF/PNLP/CNLS/PNLT	■	■															
Assurer une assistance technique pour la mise en œuvre des activités	Consultant		■	■	■	■	■	■										
Elaborer la stratégie intégrée de mise en œuvre des activités sous directive communautaire	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT	■																
Diffuser les nouvelles directives Ministérielles pour la sélection des ASC	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT	■																
Compléter et Valider le choix des ASC	ECD/OSCD/chef des Aires	■	■															
Organiser la réunion de présentation de la stratégie à toutes les parties prenantes à la mise en œuvre des interventions communautaires intégrées	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/SRs		■															
Organiser la réunion de définition des modalités de paiement de la prime de performance des ASC	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/SRs	■																
Organiser la réunion de répartition du budget entre les PR	ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/DOSTS	■																

	*Responsables	2016					2017											
		aou t	sept	oct	nov	dec	Jan	fev	Mar s	Avri l	Mai	Juin	Juill et	Aoû t	Sep tem bre	Oct obr e	Nov em bre	Dec em bre
Chronogramme des activités 2016-2017																		
Organiser la réunion de définition des mécanismes d'ancrage entre l'ASC et le système de santé camerounais, les mécanismes de pérennisation et harmonisation de la motivation des ASC	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/SRs/Partenaires																	
Elaborer et faire signer les avenants des conventions entre le PR et les SR	ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT																	
Mise en place d'une task force pour la coordination des interventions sous directive communautaire	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/Partenaires																	
Organiser des réunions semestrielles bilan de concertation, d'analyse des goulots d'étranglement de la santé communautaire sous l'égide de la DOSTS avec la participation des PRs, des SRs, des DRSP et des partenaires techniques et financiers	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/Partenaires																	
Selectionner et contractualiser les OSCD	SRs																	
Former les OSCD sur la mise en œuvre du projet	SRs/PNLP/CNLS/PNLT																	
Assurer le fonctionnement des OSCD	SRs																	
Assurer le paiement des indemnités/motivation des ASC	SRs/OSCD																	
2. FORMATION DES ASC A LA PECIC																		
Finaliser et traduire les modules et matériaux de formation	CNLS/PNLP/PNLT																	
Produire le manuel de formation des ASC contenant tous les modules de formation	UNICEF et autre partenaires																	
Elaborer et faire valider le plan de formation	ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT/SRs																	

	*Responsables	2016					2017												
Chronogramme des activités 2016-2017		aou t	sept	oct	nov	dec	Jan	fev	Mar s	Avri l	Mai	Juin	Juill et	Aoû t	Sep tem bre	Oct obr e	Nov em bre	Dec em bre	
Organiser le briefing des facilitateurs centraux	CNLS/PNLP/PNLT/SRs																		
Produire les outils de gestion (Fiches de collecte des données, fiches de supervision, registres, formulaire de rapport)	SRs																		
Elaborer les modules de formation des ASC	DOSTS/ST-BP/CNLS/PNLP/PNLT																		
Valider les fiches techniques de formation des ASC	SRs																		
Former les facilitateurs centraux pour la formation des ASC.	CNLS/PNLP/PNLT, SRs																		
Former les formateurs régionaux et de district pour la formation des ASC.	CNLS/PNLP/PNLT, SRs																		
Former des ASC sur le paquet polyvalent/ Supervision des formations	ECD/OSCD/chef des Aires																		
Superviser la formation des ASC	CNLS/PNLP/PNLT, SRs																		
3. APPROVISIONNEMENT DES ASC EN INTRANTS																			
Quantification des stock de démarrage (médicaments et consommables médicaux) des ASC	CNLS/PNLP/PNLT																		
Transmettre le plan de repartition des intrants à la CENAME	CNLS/PNLP/PNLT																		
Approvisionner les FRPS en intrants	CENAME/UNICEF																		
Transmettre la nouvelle répartition des intrants aux FRPS	CNLS/PNLP/PNLT																		

	*Responsables	2016					2017												
		aou t	sept	oct	nov	dec	Jan	fev	Mar s	Avri l	Mai	Juin	Juill et	Aoû t	Sep tem bre	Oct obr e	Nov em bre	Dec em bre	
Chronogramme des activités 2016-2017																			
Transmettre la fiche technique a l'UNICEF pour l'approvisionnement en SRO, Zinc et amoxicilline	CNLS/PNLP/PNLT																		
Acquérir le SRO+Zinc et Amoxicilline pour la PECIC	UNICEF																		
Transmettre le plan de repartition du SRO, Zinc et amoxicilline à la CENAME	FRPS																		
Approvisionner les FRPS en SRO, Zinc et amoxicilline	CENAME																		
doter les ASC en intrants	Chefs d'AS/ECD/OSCD																		
Début du travail des ASC	SRs, DRSP, ECD, OSCD, Chefs AS																		
Suivre les commandes des intrants par les ASC	Chefs d'AS/ECD/OSCD																		
4. SUPERVISION, SUIVI ET EVALUATION																			
Produire les outils de collecte des données	SRs																		
Organiser les missions de supervision semestrielle des SR par le PR.	CNLS/PNLP/PNLT, SRs																		
Organiser les missions de supervision trimestrielle des OSCD par les SRs.	SRs																		
Collecter et valider des données des ASC	Chefs d'AS/ECD/OSCD/SRs																		
Analyser les données à tous les niveaux	CNLS/PNLP/PNLT/SRs																		
Elaboration d'un rapport trimestriel de mise en oeuvre des activités communautaires.	SRs																		
Superviser les ASC sur la mise en oeuvre de la PECIC (tous les deux mois)	Chefs d'AS/ECD/OSCD																		
Organiser les réunions bimestrielles (une fois tous les 2 mois) de coordination sur la mise en oeuvre des ISDC au niveau communautaire	Chefs d'AS/ECD/OSCD																		

	*Responsables	2016					2017												
		aou t	sept	oct	nov	dec	Jan	fev	Mar s	Avri l	Mai	Juin	Juill et	Aoû t	Sep tem bre	Oct obr e	Nov em bre	Dec em bre	
Chronogramme des activités 2016-2017																			
Organiser les réunions bimestrielles (une fois tous les 2 mois) de coordination sur la mise en œuvre des ISDC au niveau District	Chefs d'AS/ECD/OSCD																		
Organiser les réunions trimestrielles de coordination sur la mise en œuvre des ISDC au niveau Régional	DRSP/SR																		
Organiser chaque semestre des réunions régionales de revue/validation et de compilation des données communautaires des SR	DRSP/SR																		
Restituer et diffuser les résultats semestriels	CNLS/PNLP/PNLT/SRs																		
5. COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT																			
Elaborer et valider les supports de communication sur la PECIC	MNM/CNLS/PNLP/PNLT																		
Produire les supports de communication sur la PECIC	MNM																		
Distribution des supports de communication de la PECIC	MNM/CNLS/PNLP/PNLT																		
6. Acquisition et maintenance des équipements des OSCD et des ASC																			
Acquérir et distribuer les kits des ASC (Badge, chasubles, lampes, caisses, thermomètre)	SRs																		
Acquérir et distribuer les casques pour les OSCD	SRs																		
Assurer le paiement de l'assurance des motos	SRs																		

*Le responsable de chaque activité est en première position tandis que les autres sont les parties concernées

Légende :

	Activités non entamées
	Activités entamées
	Activités réalisées

11. Budget global et financement pour la période 2016-2017

11.1 Principales activités du programme

Pour l'opérationnalisation du programme, un certain nombre d'activités seront mises en œuvre. Ces activités vont de la formation des ASC aux réunions de coordination au niveau national sous l'égide du Ministère de la santé. Les principales activités qui seront financées dans le cadre de ce programme sont les suivants :

- Formation des ASC ;
- Formation des OSCD(69) ;
- Acquisition de 69 casques pour les 69 motos des OSCD ;
- Fonctionnement/ réparation et assurance des motos ;
- Appui institutionnel aux 3 SRs (SR1 et SR2= Palu, SR3= CNLS) ;
- Acquisition de kits pour les ASC ;
- Acquisition/reproduction de matérielles de sensibilisations pour les ASC ;
- Primes mensuelles des ASC ;
- Primes mensuelles des OSCD ;
- Visites à domicile (1 sortie/semaine/ASC) ;
- Causeries éducatives (1/trimestre/ASC) ;
- Descentes de recherche de perdus de vue/absents au traitement (1 tous les 2 mois/ASC) ;
- Supervision des ASC par les OSCD/Chefs des Aires de Santé ;
- Supervision des OSCD par les SR ;
- Supervision des SR par les PR ;
- Validation des données communautaires au niveau de l'Aire de Santé ;
- Validation des données communautaires au niveau du District de Santé ;
- Consolidation des données communautaires dans région ;
- Réunions de coordination régionale ;
- Réunion semestrielle de coordination nationale sous la DOSTS.

11.2 Budget et financement du programme

A insérer une fois finalisé. EN COURS de finalisation par les chefs SAF du PNLP, CNLS, PNLT.

Annexe 1 : Cadre juridique de la santé communautaire

Lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, les Soins de Santé Primaires ont été confirmés comme stratégie de la mise en œuvre par tous les pays du monde pour l'amélioration de l'état de santé de leurs populations afin d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000

- La Conférence de Lusaka en 1985
- Les Ministres de la santé d'Afrique ont décidé d'enrayer les faiblesses des SSP en réorganisant le système de santé et en réorientant la stratégie des soins de santé primaires.
- La Conférence de Bamako 1987
- Les Chefs d'Etat et de Gouvernement Africains réunis à Bamako au Mali avec l'impulsion de l'OMS et de l'UNICEF adoptent la convention dite "INITIATIVE de BAMAKO". Cette initiative recommande le partenariat avec la communauté pour la cogestion et le cofinancement des activités de santé, avec un accent particulier sur l'approvisionnement en médicaments essentiels, la santé de la mère et de l'enfant, puis la mobilisation des individus et des communautés.
- La loi n° 90/053 portant liberté d'association qui ouvre la voie à la participation communautaire à la santé. Les comités de santé, les fonds provinciaux spéciaux pour la santé sont créés.
- La loi n° 062 portant dérogation spéciale accordée aux formations sanitaires publiques en matière financière. Le recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments et la gestion décentralisée de ces recettes.
- La loi des finances n° 92/001 autorisant certaines formations sanitaires à conserver 50% des recettes provenant de leurs prestations payant et de s'en servir localement pour les charges de fonctionnement des services et de la motivation du personnel.
- Le décret n° 93/229 du PM fixe les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement, créer des comités de gestion des recettes retenues.
- Le décret N° 95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en District de Santé.
- La loi constitutionnelle de 4 Janvier 1996 qui stipule que la Cameroun est un état unitaire décentralisé et qui institue les Régions et les Communes.
- La loi No. 96/03 du 04 janvier 1996 portant Loi cadre dans le domaine de la santé, dans son article 2 stipule que : <<la politique Nationale de Santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de la qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé>>.
- L'arrêté N° 0033 /Cab/MSP du 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des Structures de dialogue et de participation Communautaire dans les District de Santé.
- Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, permettant de créé depuis ce temps une quinzaine de programmes de santé qui font recours aux Agents de Santé Communautaires dans le District de santé qui est le niveau de mise en œuvre des interventions sanitaires.
- Loi n° 2004/017 du 22 juillet 2004 portant orientation de la décentralisation qui fixe les règles générales applicables en matière de décentralisation territoriale.
- La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires du 30 avril 2008 stipule entre autres que, les Etats Membres de l'OMS doivent « promouvoir la conscience sanitaire des populations...et renforcer les capacités des communautés à changer les comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et à créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé Primaires ».
- La déclaration d'Abuja qui fixe à 15% le minimum de la part du budget global de l'Etat allouée à la santé.
- Le décret de 2011 précisant les modalités de transfert des compétences aux communes en matière de santé.
- L'organigramme du Ministère de la santé de 03 avril 2013, a prévu la création des Centres de santé ambulatoires pour les populations situées à plus de 20 km d'une formation sanitaire.
- La loi N° 2010/023 du 21 Décembre 2010 fixant les statuts du groupement d'intérêt publique qui a permis la création des Fonds régionaux pour la santé.

- Les différentes conventions collectives qui mettent en place les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé pour chaque Région.

Annexe 2 : Panoplie de motivation des ASC

Mécanismes d'incitation financière	Mécanismes d'incitation non financière
Motivation financière de l'ASC : 40 000 FCFA/mois (1-Prime fixe 20 000 FCFA soutenue par la remise du rapport mensuel validé sur sa qualité par le chef de l'aire, l'OSCD et le superviseur 2-prime variable de 20 000 FCFA basée sur la performance soutenue par l'atteinte des cibles préalablement définies)	Consultation gratuite pour l'ASC, de son ou ses épouses et de ses enfants
Ristourne sur les prestations payants du centre (CPN, accouchements assistés, PF..) au cas où son travail améliore l'utilisation des services de santé	Valorisation de l'ASC (invitation aux activités de santé, supervisions, visites, lettres d'encouragement des autorités, décorations, dotation d'attestation de formation...)
Participation aux activités rémunérées en cas (choix prioritaire de l'ASC aux campagnes de masse, réunion, recherche, sensibilisation...)	Contribution de la communauté aux tâches quotidiennes de l'ASC (travaux champêtres...)
Bénéfices issus de la vente des médicaments et autres intrants (contraceptifs...)	Dotation en matériel de travail et délivrance des badges, tee-shirts et autres gadgets
Primes aux meilleurs ASC sur la base de leurs performances (CPN, accouchements, vaccination, latrines propres...)	Reconnaissance dans la communauté
Soutien des autorités locales (administratives, politiques, religieuses, traditionnelles...) et OSC	Echanges d'expériences entre localités
	Renforcement des capacités à créer des activités génératrices de revenu

Annexe 3 : Hypothèses de calcul

Hypothèse de la formation des ASC

	Détails	2016 et 2017
Formation des ASC		
Nombre de nouveaux ASC		4892
Nombre d'ASC par session de formation		30
Durée d'une formation (jours) des ASC		10
Nombre de sessions de formation des ASC		163
Formation des formateurs des ASC		
Nombre de formateurs par session		2
Nombre de formation/équipe de formateurs		4
Nombre d'équipe de formateurs		163
Nombre de personnes/session de formation des formateurs		20
Durée de la formation des formateurs des ASC		5
Nombre de sessions de formation des formateurs des ASC		4

Hypothèse du nombre de formation sanitaire

	Détails	2016
Nombre total de formation sanitaire au niveau national		4500
Nombre total de district sanitaire au niveau national		189
Nombre moyen de FOSA/district au niveau national		18

Nombre de district prioritaires total		137
nombre total de FOSA dans les districts sanitaires		-
Pourcentage de couverture des FOSA		100%
Nombre de FOSA enrôlés dans la sante communautaire		-

Annexe 4 : Hypothèses d'estimation des activités et du budget des ASC

Etapas/Activités	Description	indicateurs/indications	cibles	
			2016	2017
Processus identification et choix des ASC				
Information /sensibilisation	processus d'information et de mobilisation sociale dans chaque district	nombre de district dont le processus est enclenche	189	189
Réunions de choix des ASC	Réunion communautaire d'une demi-journée pour le choix des ASC	Nombre d'ASC identifiées et choisies	4892	4892
Formation des ASC				
Formation des formateurs	5 sessions de 5 jours de formation des formateurs des ASC en 2016	nombre de session	7	0
		nombre de jours de formation	5	-
		nombre de participants	207	-
Nombre de session de formation des ASC	163sessions de formation en 2016 au profit de 4892 ASC en raison de 30 ASC par session de formation d'une durée de 10 jours	nombre de session	163	-
		nombre de jours de formation	10	-
		nombre de participants	4892	0
Equipement des ASC				
Kits	Voir composition du Kit	Nombre de kits	4892	-
Activités des ASC au sein des communautés				
Visites de familles	1 visite/ semaine (distance < 5 Km (frais de collation et transport)	nombre de visite à moins de 5 Km	63596	259276
	1 visite/ semaine (distance entre 5 Km et 25 km (frais de collation et transport)	nombre de visite de famille > 5 Km<25 Km sur une durée de 45 semaines	-	-
Recherche de perdus de vue	1 sortie par trimestre (distance < 5 Km	nombre de sortie à moins de 5 Km	14676	58704
	1 sortie par trimestre (distance entre 5 Km et 25 km	nombre de sortie de famille > 5 Km<25 Km sur une durée de 45 semaines	-	-
Séances de causeries éducatives	1 session d'animation par ASC et par trimestre	5	1	4
Reproduction des outils sur les ASC		Quantité/ ASC/Mois		
Fiche de référence et de contre-référence	1 page (20 fiches/mois/ASC)	20	293520	1174080
Fiche de dépistage de la malnutrition	1 page (20 fiches/mois/ASC)	20	293520	1174080
Fiche de suivi de la consommation journalière des produits de sante	1 page (30 fiches/mois/ASC)	30	440280	1761120
Fiche de suivi des nouveaux nés	1 page (20 fiches/mois/ASC)	20	293520	1174080
Fiche mensuel de synthèse de consommation des produits de sante	1 page (12 fiches/an/ASC)	12	14676	58704
Fiche de synthèse mensuelle des activités	2 pages (12 fiches/an/ASC)	12	29352	117408
Fiche de supervision des ASC	5 pages (4 fiches/an/ASC)	4	24460	97840
Fiche de synthèse mensuelle des activités et de gestion de stock	2 pages (12 fiches/an/ASC)	12	29352	117408
Carnet de reçu communautaire	5 carnets/an/ASC	5	24460	24460
Registre de communication des ASC	1 page (2 registres/an/ASC)	2	9784	9784

Registre de consultation des enfants de deux mois à 5 ans	2 pages (2 registres/an/ASC)	2	9784	9784
Registre de suivi des mères en postpartum	3 pages (2 registres/an/ASC)	2	9784	9784
Registre de consultation des enfants de plus de 5 ans et adultes	4 pages (2 registres/an/ASC)	2	9784	9784
Registre de suivi des activités de communication	5 pages (2 registres/an/ASC)	2	9784	9784
Supervision technique des ASC				
Supervision de l'ASC par le chef de l'aire	1 visite de supervision/soutien technique par mois et par ASC	nombre de visite de supervision technique de l'ASC	14676	58704
Supervision de l'ASC par l'OSCD	1 sortie tous les 2 mois/district en raison 5 jours/sorties	nombre de visite/soutien ASC	1956	3912
Suivi évaluation et validation des données communautaires				
Séance de validation trimestrielle des données communautaires dans chaque district	1 séance/trimestre et par district regroupant en 2016 (2 membres ECD, 2 membres OBC et 968 responsables FOSA pendant 2 jours) et en 2017 (2 membres ECD, 2 membres OBC et 2441 responsables FOSA pendant 2 jours)	nombre de réunion de validation	69	276
Séance semestrielle de validation/compilation des données communautaires/région	1 séance semestrielle de 2 jours/ région regroupant 2 membres DRSP, 2 membres SR, 5 responsables FOSA et 10 ASC)	nombre de réunion semestrielle	10	20
Motivation mensuelle des ASC				
Prime fixe de 20,000 FCFA et prime variable basée sur la performance à hauteur de 20,000 FCFA au maximum	4892	Prime mensuelle	4892	4892

Annexe 5 : Nombre d'ASC à enrôler pour l'année 2016 et 2017

SR	REGION	DISTRICT DE SANTE	NBRE D'ASC A SELECTIONNER	NBRE D'AS
PLAN INT CMR	ADAMAOUA	DJOHONG	71	4
PLAN INT CMR	ADAMAOUA	MEIGANGA	107	11
PLAN INT CMR	ADAMAOUA	NGAOUNDERE RURAL	143	14
PLAN INT CMR	ADAMAOUA	TIGNERE	94	12
MC-CCAM	CENTRE	AYOS	33	11
MC-CCAM	CENTRE	BAFIA	158	19
MC-CCAM	CENTRE	EBEBDA	27	4
MC-CCAM	CENTRE	ESSE	33	7
MC-CCAM	CENTRE	EVODOULA	18	4
MC-CCAM	CENTRE	MBANKOMO	16	5
MC-CCAM	CENTRE	NANGA EBOKO	53	14
MC-CCAM	CENTRE	NDIKINIMEKI	38	6
MC-CCAM	CENTRE	NGOGMAPUBI	63	14
MC-CCAM	CENTRE	NGOUMOU	49	7
MC-CCAM	CENTRE	NKOLBISSON	41	7
MC-CCAM	CENTRE	NTUI	89	11
MC-CCAM	CENTRE	OBALA	87	12
MC-CCAM	CENTRE	SOA	28	6
PLAN INT CMR	EST	BATOURI	56	15
PLAN INT CMR	EST	BERTOUA	107	17
PLAN INT CMR	EST	DOUME	38	12
PLAN INT CMR	EST	GAROUA BOULAI	26	4
PLAN INT CMR	EST	KETTE	37	9
PLAN INT CMR	EST	LOMIE	27	4
PLAN INT CMR	EST	NDELELE	40	7
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	KOZA	135	15
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	MAKARY	128	9
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	MAROUA URBAIN	130	18
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	MINDIF	47	10
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	MOULVOUDAYE	110	8
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	PETTE	51	5
PLAN INT CMR	EXTREME NORD	YAGOUA	220	11
IRESKO	LITTORAL	ABO	41	6
IRESKO	LITTORAL	DEIDO	222	12
IRESKO	LITTORAL	MANJO	21	6
IRESKO	LITTORAL	MBANGA	49	8
IRESKO	LITTORAL	MELONG	68	5

IRESKO	LITTORAL	NKONGSAMBA	113	10
IRESKO	LITTORAL	POUMA	16	5
PLAN INT CMR	NORD	FIGUIL	70	7
PLAN INT CMR	NORD	GAROUA II	130	6
PLAN INT CMR	NORD	GASCHIGA	94	10
PLAN INT CMR	NORD	MAYO OULO	135	9
PLAN INT CMR	NORD	REY BOUBA	114	12
MC-CCAM	NORD OUEST	AKO	25	7
MC-CCAM	NORD OUEST	BAFUT	36	14
MC-CCAM	NORD OUEST	BENAKUMA	50	8
MC-CCAM	NORD OUEST	MBENGWI	52	17
MC-CCAM	NORD OUEST	NDOP	191	15
MC-CCAM	NORD OUEST	NJIKWA	14	6
MC-CCAM	NORD OUEST	NWA	51	7
MC-CCAM	NORD OUEST	SANTA	67	11
MC-CCAM	NORD OUEST	WUM	111	16
IRESKO	OUEST	BANGOURAIN	22	6
IRESKO	OUEST	FOUMBOT	49	11
IRESKO	OUEST	KOUOPTAMO	33	7
IRESKO	OUEST	MALANTOUEN	61	18
IRESKO	OUEST	PENKA MICHEL	77	13
MC-CCAM	SUD	DJOUM	29	8
MC-CCAM	SUD	LOLODORF	65	9
MC-CCAM	SUD	MEYOMESSALA	48	12
MC-CCAM	SUD	MVANGAN	33	6
IRESKO	SUD OUEST	EKONDO TITI	70	9
IRESKO	SUD OUEST	KONYE	98	8
IRESKO	SUD OUEST	KUMBA	179	12
IRESKO	SUD OUEST	MUNDEMBA	18	4
IRESKO	SUD OUEST	MUYUKA	72	5
IRESKO	SUD OUEST	NGUTI	20	8
IRESKO	SUD OUEST	TOMBEL	48	7
			4892	

Annexe 7 : Estimation de la prime basée sur la performance

ASC :

Paludisme :

Prime pour traitement des enfants de moins de 5 ans :

-50 FCFA par TDR réalisé

- 50 FCFA par cas de paludisme simple confirmé et traité avec ASAQ chez les patients de moins de 05 ans

Marge bénéficiaire sur la vente des médicaments :

- 75 FCFA par cas de paludisme simple confirmé et traité avec ASAQ chez les adolescents

- 90 FCFA par cas de paludisme simple confirmé et traité avec ASAQ chez les adultes

- 500fcfa par patient référé pour paludisme grave

Tuberculose :

- 500FCFA pour les cas de TB référé et testé positif

VIH/SIDA

-500FCFA par femme enceinte référée pour la CPN

Autres :

Chef de l'Aire :

- Il lui sera alloué une motivation basée sur ses performances (Promptitude, complétude, disponibilité des intrants, nombre de supervisions menées auprès des ASC), soit 1000 F CFA par ASC supervisé (Collation et transport).

Annexe 8 :Agenda de la formation des ASC

AGENDA DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES EN VUE DE LA MISE EN EOUVRE DES INTERVENTIONS SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES		
Horaires salle 1	Thèmes	Facilitateurs
J0		
	Arrivée des facilitateurs de DS et des aires de sante	CDS
	Réunion préparatoire de la formation	
	Arrivée des participants	
J1		
08h30 - 09h30	Présentation et inscription des ASC	Facilitateurs
	Modalités pratiques, normes, attentes	
	Désignation des rapporteurs	

09h30 - 10h00	Evaluation initiale (Pré test générique)	Facilitateurs
10 h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 12h00	Pré test et Présentation du module Généralités (1)	Facilitateur
12h00 -12h30	Discussions Jeu de rôle/ exercices pratiques	Facilitateurs
	Post test Synthèse	
12h30 - 13h30	Pause-déjeuner	
13h00 - 17h00	Pré test et Présentation du Module C4D (2) Discussions Répartition des groupes pour exercices pratiques	Point focal C4D
	Post test Synthèse	
17h00- 17h30	Evaluation de la journée	
J2		
08h30 - 09h00	Arrivée et installation des participants Présentation du Rapport J1 rappel J1	facilitateurs
09H00- 10H00	Travaux de groupe C4D	Point focal C4D
10h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 12h00	Restitutions des Exercices du modules C4D - Jeux de rôles, Démonstration Post test Synthèse	
12h00 - 13h00	Pause-déjeuner	
13H00- 16h00	Pré test et présentation du Module Diarrhée (3) Pré test et présentation du Module WASH (4)	Point Focal Wash
16h00-17h00	Exercices des modules diarrhée Restitution des exercices Discussions	
17h 00- 17h30	Post test et Synthèse Evaluation de la journée	
J3		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J2 Amendement et adoption Rappel J2	
09H-10H30	Pré test et Présentation du Module Paludisme (5)	UR - Palu
10h30 - 11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	Présentation du Module Paludisme Discussions Répartition des participants en groupe et TDR des travaux de groupe et jeu de rôle	idem
12h30 - 13h30	Pause-déjeuner	
13h30 - 14h30	Exercices pratiques (TDR, traitement, etc) jeux de rôles et remplissage des outils Palu	
14H30-16h30	Réalisation du TDR	

16h30 - 17h00	Evaluation de la journée Post test et synthèses	
J4		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J3 Amendement et adoption du rapport Rappel J3	
09h30 - 10h30	Pré test et Présentation du Module Santé de l'enfant et Vaccination (6)	UR-PEV
10h30-11h	Pause-café	
11h00 - 12h00	Module santé de l'enfant et vaccination (suite) Discussion	
12h00- 1300	Exercices pratiques sur la vaccination Restitution Discussions Post test et synthèse	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 - 15h30	Pré test et Présentation des Modules TB/VIH (7) Module TB	
15h30 - 16h30	Exercices du module TB	
16h30 – 1730	Evaluation de la journée Post test synthèses	
J5		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J4 Amendements du rapport Rappel de J4	
09h30 - 10h30	Présentation des Modules TB/VIH : Pré test et présentation du Module VIH	Ur-TB/VIH
10h30-11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	Module VIH (suite) TDR pour les exercices pratiques et jeu de rôle sur TB/VIH	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00-16h30	Travaux de groupe sur le module VIH Restitution des exercices et jeu de rôle Démonstrations (port du préservatif)	
16h30-17h00	Discussions Post test et synthèse Evaluation de la journée	
J6		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J5 Amendement et adoption du rapport Rappel J5	
09h30- 11h	Pré test et présentation du Module IRA(8)	facilitateur
11h00 - 11h30	Pause-café	

11h30 - 12h30	Module IRA (Suite) Exercices pratiques et restitution Discussion Synthèse	
12h30 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 - 16h00	Présentation du Module Sante de la mère et planning familial (9)	PF régional
16h00 - 17h00	Exercices pratiques et restitution Discussion générales	
17h00 - 17h30	Post test et Synthèse Evaluation de la journée	
J7		
08h30 - 09h00	Présentation du Rapport J6 Amendement et adoption Rappel J6	
09h00-10H	Pré test et Présentation du module Nutrition (10)	Point focal régional
10h00-10h30	Pause-café	
10h30 - 13h30	Présentation Module nutrition (suite)	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 - 16h30	Restitution des exercices sur la nutrition Discussion générales	
16h30 - 17h30	Post test et synthèse Evaluation de la journée	
J8		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J7 Amendement et adoption du rapport Rappel J7	
09h30 - 10h30	Pré test et Présentation du Module Violences Basées sur le genre(11)	Point focal régional
01h30 - 11h00	Pause-café	
11h00- 12H00	Discussion générales Restitution des exercices et travaux de groupe Exercices pratiques Post test et synthèse	
12h00 – 13h00		
13h00 - 15h00	Pré test et Présentation du Module Santé du nouveau-né et enregistrement des naissances (12) Discussions	
15h00-16h00	Exercices pratiques Restitutions des exercices	
16h00 – 16h30	Discussions générales	
	Post test Synthèse de la journée Evaluation de la journée	
J9		

08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J8 Amendement et adoption du rapport Rappel J8	
09h30-10h30	Pré test et Présentation du module surveillance : surveillance des décès maternels (13) Discussion	Point focal
10h30 - 11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	Présentation des outils de gestion (fiche de consultation enfants et adultes, formulaire de rapport mensuel)	Facilitateur
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
13h30 - 16h00	Remplissage des outils de gestion : registres, fiches, check-list, bon de commande...	Facilitateur
16h00 - 17h00	Discussions Synthèse Evaluation de la journée	
J10		
08h00 - 08h30	Présentation du Rapport J9 Amendement et adoption du rapport Rappel J9	
08h30 - 09h00	Remplissage des outils (suite)	
10h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 11h30	Supervision des activités des ASCc Présentation des outils et du matériel de l'ASC	Facilitateur et OSD
11h30-12h00	Evaluation finale (post-testgénérique)	
12h00-13h00	Evaluation générale de l'atelier Présentation du Rapport J10 Recommandations générale	
13h00 - 14h00	Remise officielle du matériel de travail par l'autorité compétente Clôture de l'atelier	DRSP programme PNLMNI
14h00 - 15h00	Pause déjeuner et fin	

Annexe 9 : Grille des prix des médicaments mis à la disposition des ASC

18-02-11

UR/pale
pour la
diffusion

DECISION N° 0046 - - MSP/CAB du 07 FEV 2011
Fixant les prix de la combinaison artesunate-amodiaquine destinés aux jeunes
de plus de cinq ans et les adultes.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,

- Vu la Constitution ;
- Vu la Loi n°96/03 du 04 janvier 1996 portant Loi-Cadre dans le domaine de la Santé ;
- Vu la Loi n°90/062 du 19 décembre 1990 portant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière ;
- Vu le Décret n°93/228/PM du 15 mars 1993, fixant les modalités d'application de la loi n°90/062 du 19 décembre 1990, accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires en matière financière ;
- Vu le Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du Ministère de la Santé ;
- Vu le Décret n°2005/252 du 30 juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels ;
- Vu la Décision n°0092/D/MSP/CAB du 29 novembre 2001, portant tarification des médicaments et dispositifs médicaux essentiels au niveau des Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux et des formations sanitaires publiques ;
- Vu la Décision n° 0540/D/MINSANTE/CAB du 12 juin 2009, fixant dans le secteur public les prix des différentes présentations de la combinaison fixe d'artesunate-amodiaquine utilisées dans la prise en charge du paludisme non compliqué ;

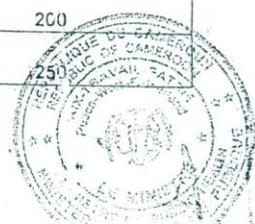
DECIDE :

Article 1^{er} : La présente décision fixe les prix de la combinaison artesunate-amodiaquine pour la prise en charge des cas du paludisme simple chez les jeunes de plus de cinq ans et les adultes.

Article 2 : A compter de la date de signature de la présente décision, les deux présentations de la combinaison artesunate-amodiaquine pour les jeunes âgés de plus de cinq ans et les adultes sont vendues à chaque niveau du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels aux prix ci-après :

Article 3 :

PRESENTATION	CENAME (FCFA)	CAPR (FCFA)	FORMATIONS SANITAIRES (CFA)
Artésunate-Amodiaquine 100mg/270mg, 3 comprimés	105	125	200
Artésunate-Amodiaquine 100mg/270mg, 6 comprimés	135	160	250



DECISION N° 0118 /D/MINSANTE/CAB du 13 Mars 2012

Fixant les prix et les modalités de mise à disposition des kits de diagnostic rapide du paludisme au Cameroun.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE,

- Vu la Constitution ;
- Vu la Loi n°56/03 du 04 janvier 1996 portant l'encadrement dans le domaine de la Santé ;
- Vu la Loi n°90/052 du 19 décembre 1990 portant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière ;
- Vu le Décret n°93/228/PM du 15 mars 1993, fixant les modalités d'application de la Loi n°90/052 du 19 décembre 1990, accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires en matière financière ;
- Vu le Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du Ministère de la Santé ;
- Vu le Décret n°2005/252 du 30 juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels modifié et complété par le Décret n°2005/359 du 30 novembre 2005 ;
- Vu le Décret N°2011/408 du 09 décembre 2011, portant organisation du Gouvernement ;
- Vu le Décret N°2011/409 du 09 décembre 2011, portant nomination d'un Premier Ministre Chef de Gouvernement ;
- Vu le Décret N°2011/410 du 09 décembre 2011, portant formation du Gouvernement ;
- Vu la ~~Decision n°2005/200 du 2005/200 et n°2005/2001, portant organisation des Centres Nationaux de Médicaments Essentiels au Niveau des Centres d'Approvisionnement Régionaux, Provinciaux et des Formations Sanitaires Publiques ;~~

DECIDE :

Article 1^{er} : La présente décision fixe les prix et les modalités de mise à disposition des kits de diagnostic rapide du paludisme au Cameroun.

SECTION I : DE LA COMPOSITION ET DU PRIX DU KIT DE DIAGNOSTIC

Article 2 : Le kit de diagnostic comprend un test de diagnostic rapide en format de cassette, un tampon imbibé d'alcool, une lancette, un dispositif de prélèvement, une solution tampon et une paire de gants de soins.

Article 3 : Le kit de diagnostic destiné aux enfants de moins de 5 ans est gratuit et réalisé systématiquement en cas de consultation elle aussi gratuite.

Article 4 : Le kit de diagnostic rapide du paludisme est cédé aux patients de plus de 5 ans dans les formations sanitaires ou à travers les relais communautaires à 200 FCFA.

Article 5 : Les prix de cession au niveau de la CFNAME et des CAPR, ainsi que les prix publics des kits de diagnostic rapide du paludisme s'établissent ainsi qu'il suit :

ARTICLES	CFNAME (FCFA)	CAPR (FCFA)	FORMATIONS SANITAIRES/RELAIS COMMUNAUTAIRES
Kit diagnostique rapide de paludisme en cassette + une paire de gants de soins destinés aux enfants de moins de 5 ans	0	0	
Kit diagnostique rapide de paludisme en cassette + une paire de gants de soins destinés aux personnes de plus de 5 ans	200	0	

