

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT



SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES

GUIDE DE MISE EN ŒUVRE

2007

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GENERAL

PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT



SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES

GUIDE DE MISE EN OEUVRE

Avec l'appui de



2007

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
PREFACE.....	5
ACRONYMES	7
REMERCIEMENTS.....	8
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I : DEFINITION ET CONCEPTS DE SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES.....	12
1.1. Définition du site des soins communautaires.....	12
1.2. Objectifs du site	12
1.3. Paquet d'intervention du site.....	12
1.4. Gestion et organisation du site.....	13
1.5. Étapes de mise en œuvre des sites.....	14
CHAPITRE II. GESTION DES MEDICAMENTS ET INTRANTS.....	15
2.1. Liste des médicaments et intrants pour le site	15
2.2. Commande des médicaments et intrants.....	16
2.3. Réception et stockage des médicaments	17
2.4. Inventaire physique des médicaments.....	17
2.5. Dispensation des médicaments.....	18
CHAPITRE III. ORIENTATION DES EQUIPES CADRES DES PROVINCES/DISTRICTS ET ZONES DE SANTE	20
3.1. Buts de l'orientation	20
3.2. Niveaux de réunions d'orientation :.....	20
3.3. Etapes des réunions d'orientations:.....	21
CHAPITRE IV. IDENTIFICATION ET SELECTION DES SITES.....	22
4.1. Eléments de la cartographie et d'éligibilité des sites.....	23
4.2. Briefing des équipes cadres pour le processus de sélection.....	24
CHAPITRE V. FORMATION.....	33
5.1. Renforcement du système de santé.....	33
5.2. Liste des formations à organiser pour les sites et déroulement des sessions.....	38
5.3. Briefing du personnel des formations de référence sur les sites et la référence des cas par les sites.....	52
CHAPITRE VI. SUIVI POST-FORMATION	53
6.1. Planification des suivis post-formation.....	53
6.2. Objectifs de suivi post-formation.....	55

6.3. Méthodologie de facilitation lors des suivis post-formation	56
6.4. Déroulement des suivis post-formation.....	56
6.5. Matériels et outils à apprêter pour le suivi post-formation.....	57
CHAPITRE VII. SUPERVISION DU SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRE	58
7.1. Objectifs.....	58
7.2. Supervisions associées ou non aux suivis post-formation des sites.....	59
7.3. Renforcement des capacités du BCZS et des infirmiers titulaires en supervision des sites.....	60
7.4. Rappel sur le rôle de l'animateur communautaire (AC)	61
7.5. Fréquence des supervisions	61
7.6. Procédures et outils de supervision	62
7.7. Utilisation des données.....	62
CHAPITRE VIII : DEPOUILLEMENT DES FICHES DE PRISE EN CHARGE POUR L'ASSURANCE QUALITE DES SOINS.....	63
CHAPITRE IX : COMITE DE GESTION DES SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES.....	70
8.1. Le rôle du COGESITE	70
8.2. Les outils de gestion du site.....	74
ANNEXES.....	75
ANNEXE 1 : OUTILS DE GESTION DES SITES.....	76
ANNEXE 2 : FICHE DE PRISE EN CHARGE.....	79
ANNEXE 3 : OUTILS DE SUIVI ET SUPERVISION	81

PREFACE

La mortalité infantile en République Démocratique du Congo est l'une des plus alarmantes en Afrique ; sur 1000 enfants qui naissent 127 meurent avant leur premier anniversaire (soit 304.800 sur 2.400.000 enfants < 1 an). Par ailleurs, la mortalité infanto-juvénile s'élève à 213‰ (Soit 2.500.000 qui meurent chaque année sur les 12.000.000 d'enfants de 0-5 ans que compte le pays) (MICS 2, 2001).

La RDC est parmi les 6 pays du monde regroupant 50% de mortalité infantile mondiale, après l'Inde, le Nigeria, la Chine, le Pakistan, et avant l'Ethiopie.

Outre les décès périnataux, les causes de la mortalité infantile sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, et les complications du VIH/SIDA. Dans la moitié des cas, ces maladies sont souvent associées à la malnutrition.

L'analyse de la situation a montré que 80 % des enfants meurent à domicile sans consulter une structure de soins. Cette situation grave est due entre autres à la faible implication de la communauté, à l'accès difficile aux soins et aux médicaments de qualité, à l'automédication et à l'ignorance des signes de danger.

Vu l'ampleur de ce problème, le Ministère de la santé a adopté la stratégie de mise en place des soins à base communautaire pour réduire la mortalité infantile.

L'élaboration du présent guide de mise en œuvre des sites des soins communautaires fait partie intégrante des activités liées à la mise en œuvre des soins à base communautaire. Il s'agit d'un outil important qui retrace les éléments essentiels à l'attention des responsables du Ministère et partenaires à différents niveaux pour l'implantation des sites des soins communautaires en RDC.

Le but est de donner aux Cadres de santé de tous les niveaux, aux Infirmiers Titulaires ainsi qu'aux Partenaires une compréhension suffisante sur le processus de mise en œuvre des sites des soins au niveau communautaire en RDC.

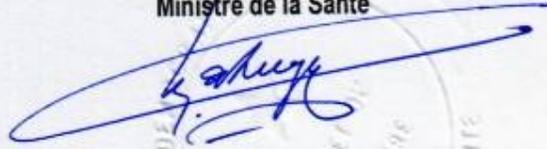
De façon spécifique, ce document de planification de la mise en œuvre des sites servira comme document de référence aux cadres de santé à différentes étapes de mise en œuvre des activités sur terrain et permettra de familiariser les cadres avec les outils des sites des soins communautaires.

Nous exhortons donc tous les responsables de santé à tous les niveaux à respecter les indications contenues dans le présent document afin que soit standardisé le processus de mise en œuvre des soins à base communautaire en RDC. Nous encourageons tout cadre du Ministère et tout partenaire à s'investir pour que

réussissent les activités de prise en charge communautaire en RDC. Notre souhait le plus ardent est que, à travers la mise en œuvre des sites des soins communautaires, nous puissions contribuer de façon très significative à l'atteinte des objectifs nationaux de réduction de la mortalité infantile et de l'Objectif du Millénaire relatif à la survie de l'enfant.

Dr Victor Makwenge Kaput

Ministre de la Santé



RDC

ACRONYMES

AC:	Animateur communautaire
BASICS:	Basic support for institutionalizing child survival
BCZS :	Bureau Central de la zone de santé
CAC:	Cellule d'animation communautaire
CODESA:	Comité de développement de l'aire de santé
COGESITE:	Comité de gestion de site
CPS:	Consultation préscolaire
CS:	Centre de santé
IPS:	Inspection provinciale de la santé
IRA:	Infection respiratoire aiguë
IS:	Infirmier superviseur
IT :	Infirmier titulaire
MCZ:	Médecin chef de zone
MEG :	Médicaments essentiels génériques
MSH :	Management sciences for health
NAC:	Nutrition à assise communautaire
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIME C :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
PEC:	Prise en charge
PNAM :	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNIRA :	Programme National de lutte contre les infections respiratoires aiguës
PNLMD :	Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques
PNUD :	Programme des nations unies pour le développement
RDC :	République démocratique du Congo
RPM Plus :	Rational pharmaceutical management plus
RUMER:	Registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes
SNIS:	Système national d'information sanitaire
SSP:	Soins de santé primaires
VIH/SIDA :	Virus d'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquis
USAID :	Agence des Etats-Unis pour le développement international
ZS:	Zone de santé

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la santé reconnaît la nécessité d'avoir un guide de mise en œuvre des soins à base communautaire. Il remercie les partenaires qui ont efficacement contribué dans la phase initiale à l'élaboration et à la production de ce document, qui servira d'outil important de travail pour la mise en œuvre des sites des soins communautaire en RDC. Il s'agit de : OMS, UNICEF, BASICS, MSH/RPM Plus, GTZ, IRC, CRS, HNI.

Nos vifs remerciements s'adressent également à l'agence américaine de développement international, USAID, grâce auquel ce travail est rendu possible.

RDC

INTRODUCTION

Contexte géographique.

La République Démocratique du Congo est le troisième pays le plus vaste d'Afrique, avec une superficie de 2 345 000 km².

Selon les projections de l'Institut National de la Statistique à partir des données du recensement de 1984, la RDC compte environ 60 millions d'habitants, soit une densité d'environ 26 habitants au km². De par sa situation géographique, le pays recèle d'immenses ressources naturelles. En effet, situé à cheval sur l'Equateur, le pays jouit d'un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical vers le nord et le sud, lequel climat favorise une végétation dense, avec la moitié du pays couverte par les forêts, et l'autre par la savane. On estime que près de la moitié des ressources forestières d'Afrique se trouvent en RDC. La pluviométrie atteint jusqu'à 2000 mm par an. A certains endroits, il pleut huit mois sur douze et pendant la saison sèche de quatre mois, les températures peuvent descendre jusqu'à 10°C dans certaines zones.

La RDC dispose d'une hydrographie dense : le fleuve Congo, long de 4500 km, traverse le pays d'est en ouest pour se jeter dans l'Océan Atlantique, avec le second débit le plus fort au monde (30 000 m³ d'eau par seconde). Le pays compte environ quinze lacs totalisant une superficie de plus de 180.000 km². Des affluents du fleuve Congo et des rivières, navigables pour la plupart, offrent d'énormes possibilités pour le transport fluvial. Quant au sous-sol, il regorge des ressources minières telles que la RDC est qualifiée de scandale géologique.

Situation socio-économique.

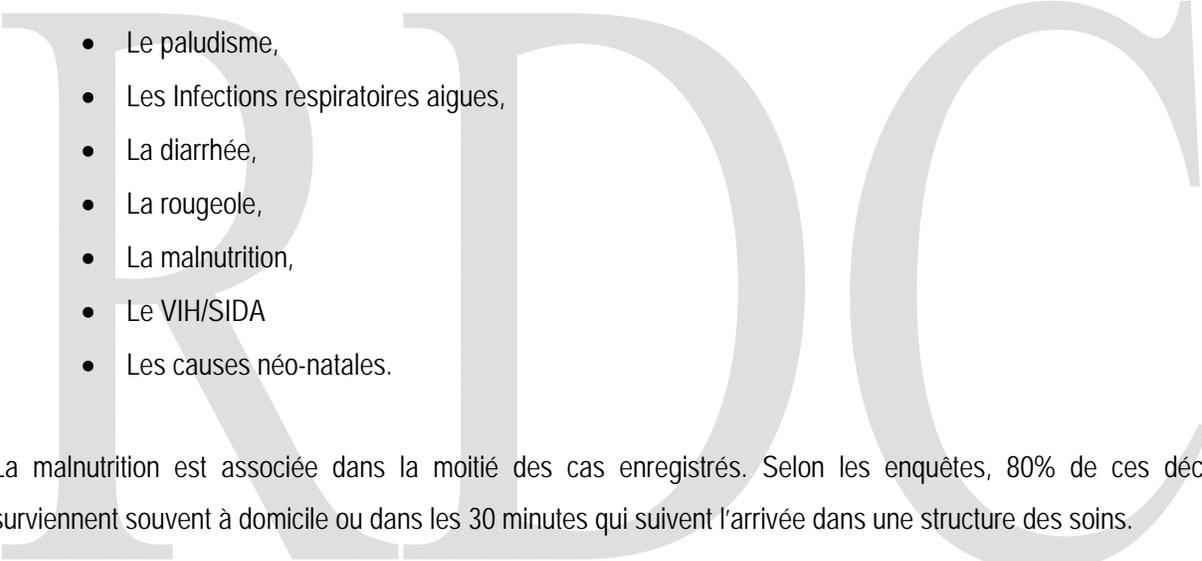
En dépit de ces potentialités, la population congolaise vit dans une grande pauvreté suite à une mauvaise gouvernance et des conflits armés. En effet, depuis 1975, la RDC connaît une crise économique qui n'a pas cessé de s'accroître. Le Produit Intérieur Brut, par exemple, a connu des taux de baisse parmi les plus négatifs sur toute la décennie 90: - 6,6% en 1990 et - 14% en 1999 (PNUD, 2001). Cette contre-performance économique s'accompagne de plusieurs maux (hyper-inflation ; baisse drastique de la production et des investissements ; instabilité monétaire ; faiblesse des recettes budgétaires ; désordre des finances publiques ; détérioration des infrastructures publiques dont les routes ; départ des capacités humaines, effondrement de la production agricole, etc.) avec pour conséquence la dégradation générale de la situation sanitaire.

Situation sanitaire.

La situation sanitaire en République Démocratique du Congo (RDC) concernant les enfants de 0 à 5 ans est l'une des plus préoccupantes de l'Afrique. En effet, la RDC est parmi les 6 pays du monde regroupant 50% de la mortalité infantile mondiale, après l'Inde, le Nigeria, la Chine, le Pakistan et avant l'Ethiopie¹.

Le taux de mortalité infantile et infanto-juvénile atteint respectivement 127‰ (Soit 304 800 décès sur 2 400 000) et 213‰ (Soit 2 500 000 décès sur 12 000 000). Il y a donc 5 enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque minute².

Les principales causes de ces décès sont pareilles aux Pays en développement, notamment :

- 
- Le paludisme,
 - Les Infections respiratoires aiguës,
 - La diarrhée,
 - La rougeole,
 - La malnutrition,
 - Le VIH/SIDA
 - Les causes néo-natales.

La malnutrition est associée dans la moitié des cas enregistrés. Selon les enquêtes, 80% de ces décès surviennent souvent à domicile ou dans les 30 minutes qui suivent l'arrivée dans une structure des soins.

Plusieurs facteurs sont à la base de cette mortalité notamment :

- Faible utilisation des services de santé (autour de 25%)
- Soins de santé inaccessibles (distances et coût),
- Circulation des médicaments de qualité et d'origine douteuse dans la communauté et utilisés pour les 1ers soins dans les ménages, etc.
- Automédication abusive (mauvaise utilisation des médicaments)
- Ignorance des signes de danger
- Consultations tardives au CS / hôpital.
- Faible implication de la communauté, etc.

¹ Rapport de l'OMS, 2002.

² Enquête nationale sur la situation des enfants. MICS 2. 2002.

La réduction de la mortalité passe au travers de la mise en place des activités préventive, promotionnelle et curative impliquant non seulement les structures de santé mais aussi la communauté dont la participation active s'avère indispensable.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), comme stratégie prioritaire de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile, a été progressivement introduite en RDC à partir de 1999, aussi bien dans son volet clinique que communautaire. Néanmoins, vu l'étendue du pays, l'extension des activités est lente vis-à-vis de l'ampleur des problèmes de santé infantile.

Pour atteindre son objectif, la PCIME met un accent sur l'amélioration des capacités familiales et communautaires, notamment la promotion des pratiques-clés dans la communauté et la prise en charge communautaires des enfants malades. C'est dans cette perspective de la prise en charge communautaire que la RDC a adopté la mise en place des sites des soins communautaires.

Les sites en RDC pour résoudre quel facteur ?

Beaucoup de facteurs viennent d'être cités ci-haut parmi les causes de mortalité infantile et infanto-juvénile. Les sites des soins communautaires en RDC viennent contribuer à la solution des deux de ces facteurs.

Le premier facteur est L'INACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE (distances et obstacles naturels). En effet, les sites communautaires sont mis en place dans les villages ou communautés situés à plus de 5 Km d'une formation médicale ou coupés par des barrières naturelles, en donnant priorité aux grandes agglomérations en vue de couvrir le plus d'enfants possibles.

Le deuxième facteur est LA CIRCULATION DES MEDICAMENTS DE QUALITE ET D'ORIGINE DOUTEUSE DANS LA COMMUNAUTE, utilisés pour les 1ers soins dans les ménages. Les sites communautaires en RDC permettent de rendre disponible aux populations inaccessibles les médicaments essentiels génériques (MEG) de bonne qualité pour les soins des enfants.

Le présent guide est élaboré à l'intention des acteurs de tous les niveaux du système sanitaire en RDC, afin de servir de document de base pour les instructions et directives des soins communautaires dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

CHAPITRE I : DEFINITION ET CONCEPTS DE SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES.

1.1. Définition du site des soins communautaires

Le site est une aire géographique bien définie dans laquelle *un ou plusieurs* villages ou communautés *d'accès difficile* bénéficient des prestations des soins fournis par *deux relais* volontaires formés et *supervisés* pour prendre en charge certaines affections courantes, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans.

1.2. Objectifs du site

1.2.1. Objectif général

Améliorer l'accès aux soins aux populations éloignées ou ayant un accès difficile aux formations sanitaires.

1.2.2. Objectifs spécifiques :

1. Assurer les premiers soins adéquats aux populations n'ayant pas accès géographique des soins ;
2. Assurer la référence des cas avec signes de danger/alerte ;
3. Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité dans la communauté, ainsi que leur utilisation rationnelle ;
4. Améliorer la notification des cas des maladies, ainsi que la surveillance à base communautaire ;
5. Améliorer les pratiques clés en rapport avec la survie de l'enfant ;
6. Renforcer les capacités techniques des zones de santé et des Infirmiers titulaires pour l'encadrement des relais communautaires.

1.3. Paquet d'intervention du site.

Le paquet d'interventions mis en œuvre au niveau du site des soins communautaires est constitué par:

- Le traitement des cas simples de paludisme, de diarrhée, de pneumonie et de malnutrition, y compris la référence des cas avec signes de danger/alerte
- La communication pour le changement de comportement
- La surveillance épidémiologique à base communautaire
- La disponibilité des médicaments essentiels de qualité.

1.4. Gestion et organisation du site

Dans le but de l'appropriation de la communauté dans la mise en œuvre des sites, il a été retenu de mettre en place un comité de gestion émanant de la communauté, afin que le site ne constitue pas seulement l'affaire entre les deux relais et l'infirmier titulaire qui les encadre.

Le Comité de gestion du site, en sigle « COGESITE », est une émanation des villages ou agglomérations concernés par le site. Ainsi donc, les cellules d'animation communautaires (CAC) de chaque village concerné vont être représentées dans le COGESITE. En outre, le Cogesite sera représenté dans le comité de développement de l'aire de santé en sigle CODESA.

Chaque COGESITE devra avoir un président, un secrétaire et un trésorier. Son rôle et ses attributions sont décrites plus loin dans ce guide de mise en œuvre (chapitre 8).

Concernant les *heures de fonctionnement* du site, le relais n'étant pas utilisé en temps plein et devant vaquer à ses occupations professionnelles tout en accordant une partie de son temps aux activités communautaires, Il faudrait discuter avec la communauté afin de convenir des heures pour aller contacter le relais. Lorsque le relais devra vaquer à ses occupations, il laissera un message à la porte de sa maison pour être retrouvé facilement dans la communauté au besoin.

Toutes les modalités de fonctionnement du site devront être préalablement convenues entre le COGESITE, le relais du site et l'IT.

1.5. Étapes de mise en œuvre des sites

Les étapes de mise en œuvre des sites des soins communautaires sont résumées dans le tableau ci-après :

	ÉTAPES	RESPONSABLE
1	Commande médicaments et intrants (Minuteurs, balances, fiches de prise en charge, Registres, caisse de M.E. G.)	Partenaire et ZS
2	Orientation des équipes cadres des provinces/districts et zones de santé	Division provinciale de la santé (Début: Niveau Central)
3	Identification et sélection des sites	BCZS, IT/ appui de District-Prov.
4	Sélection des relais et des membres de COGESITE (Sensibilisation et participation communautaire)	BCZS et IT
5	Formation des formateurs et encadreurs (District, BCZS et IT)	Division provinciale de la santé (Début: Niveau Central)
6	Formation des relais des sites	Division provinciale de la santé (Début: Niveau Central)
7	Orientation des comités de gestion du site	BCZS et IT
8	Installation officielle des relais des sites	BCZS et IT
9	Suivis post-formation (3)	Niveau Central, Prov-Distr, BCZS, IT
10	Assurance qualité de mise en œuvre	Niveau Central, Prov-Distr, BCZS, IT

CHAPITRE II. GESTION DES MEDICAMENTS ET INTRANTS

La gestion des médicaments est l'un des piliers qui soutiennent les activités des sites des soins communautaires car en l'absence de ceux-ci, les soins au niveau des sites deviennent impossibles.

2.1. Liste des médicaments et intrants pour le site

Nous reprenons dans les lignes suivantes la liste des médicaments et intrants à apprêter au démarrage des sites des soins communautaires.

a) Médicaments

- Antipaludiques : Artesunate-amodiaquine (ASAO) et quinine goutte
- Paracétamol 500 mg en comprimés
- Cotrimoxazole 480 mg en comprimés
- SRO en sachets
- Sulfate de Zinc 20 mg en comprimés
- Mebendazole 100 mg en comprimés
- Sulfate de fer 200 mg en comprimés (ou les comprimés de Sulfate de Fer+acide folique)
- Condom

b) Intrants

- Minuteurs
- Balances Salter
- Cartes CPS colorées en bandes pour l'usage par les relais
- Fiches de prise en charge des cas pour 1 an d'activité des relais
- Registres de consultation aux sites
- Registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes (RUMER),
- Carnets de commande des médicaments
- Canevas de rapports mensuels
- Caisses de médicaments pour tous les sites.

Les instructions relatives au remplissage des différents outils de gestion énumérés sur la liste sont décrites dans le manuel de formation des relais communautaires ainsi que dans le guide de formateur.

2.2. Commande des médicaments et intrants

Dès que la décision est prise pour mettre en place les sites des soins communautaires, il est indispensable que les médicaments et intrants de travail des relais soient disponibles avant même le démarrage des sessions des formations.

Cela se justifie par trois raisons :

- certains intrants exigent un long délai de livraison, tel est le cas des minuteurs qui prennent au moins 3 mois de délai.
- Il y a des matériels et intrants auxquels le relais doit se familiariser à partir de sa session de formation, notamment le minuteur, la fiche de prise en charge, la balance Salter, le RUMER (Registre d'utilisation des médicaments essentiels et recettes), le registre de consultation, ainsi que les médicaments qu'il utilisera pour les soins.
- Il ne faudra pas qu'un long délai s'écoule entre la fin de la session de formation et le démarrage proprement dit des activités des sites, au risque que le relais ne perde les connaissances nouvellement acquises et requiert ainsi un nouveau briefing avant qu'il ne recommence à exercer la pratique de la prise en charge des enfants malades.

Le stock initial des médicaments à remettre au relais constituera le stock de départ dont la quantité sera équivalente au stock de deux mois évaluée en tenant compte des éléments suivants :

- o La population des moins de 5 ans attendus au site.
- o le taux d'utilisation des soins au niveau des sites évalué à environ 50%
- o le nombre d'épisodes de maladies pour chaque enfant par an (3,2 pour la diarrhée, 4 pour le paludisme, 8 pour la pneumonie)
- o La dose totale des comprimés à administrer pour chaque épisode de maladie.

Pour la connaissance par les relais des sites des BESOINS MENSUELS ainsi que du STOCK ROUGE pour leur site, les facilitateurs et les infirmiers titulaires procéderont aux calculs nécessaires lors de la session de formation tel que cela est décrit dans le guide du formateur.

Ainsi donc, à la fin de leur formation, les relais détiendront un tableau indiquant, pour leurs sites respectifs, les besoins mensuels et le stock Rouge.

Les ajustements ultérieurs tiendront compte des besoins mensuels et du stock ROUGE au niveau du site selon les principes rationnels de quantification des médicaments pour éviter les ruptures des stocks au niveau des sites. Les infirmiers titulaires et les superviseurs assureront ces ajustements afin de les communiquer aux relais.

Chaque infirmier titulaire veillera à ce que le relais puisse avoir une disponibilité des médicaments qui garantit l'effectivité des soins à administrer aux enfants des moins de 5 ans.

Une supervision régulière de l'infirmier titulaire ou de tout cadre du niveau supérieur (zone de santé, district sanitaire, province ou niveau central) devra avoir entre autres objets de s'assurer que le relais dispose des médicaments en quantité souhaitable pour garantir les soins.

Les calculs de quantification des médicaments au niveau du site des soins communautaires sont repris dans les modules de formation du relais ainsi que dans le guide du formateur.

2.3. Réception et stockage des médicaments

A la réception des médicaments au niveau du centre de santé, le relais de site aura pour tâches de :

- compter la quantité des médicaments reçus
- vérifier la date de péremption des médicaments
- vérifier l'aspect extérieur de chaque médicament (couleur, odeur, forme...)

Les médicaments doivent être conservés dans un endroit :

- a) **propre et bien entretenu** : balayer et dépoussiérer régulièrement le lieu de stockage
- b) **aéré** : le local ou la caisse de stockage doit être aéré pour ne pas exposer les médicaments à des températures importantes
- c) **sec** : l'endroit où le médicament est stocké doit être sec car l'humidité peut altérer la qualité des produits
- d) **sécurisé** : la caisse des médicaments devra être toujours fermée à clé pour éviter le vol ou toute autre forme de perte,...
- e) **bien organisé** : c'est-à-dire un bon rangement des médicaments afin de les retrouver plus facilement au moment de la dispensation.

2.4. Inventaire physique des médicaments

L'inventaire des médicaments est une tâche que le relais aura à accomplir chaque mois avec les membres des COGESITE. L'inventaire ne se fera jamais sans la présence d'au moins deux membres de COGESITE. Au cours de ses supervisions, l'infirmier titulaire aura à veiller que l'inventaire des médicaments au site s'effectue mensuellement en présence des membres des COGESITE.

Avant de commander les médicaments, le RC doit faire un inventaire exhaustif de son stock et mentionner sur le RUMER les quantités comptées physiquement. Il faut régulièrement compter son stock (inventaire exhaustif) afin de s'assurer que les quantités enregistrées correspondent à celles qu'il a comptées.

○ **Intérêt de l'inventaire**

- Assurer le contrôle permanent de son stock
- Identifier les écarts entre le stock théorique et le stock physique
- Identifier les produits périmés et altérés.

Comment faire l'inventaire :

- Compter les articles un par un
- Identifier les produits périmés et altérés, et les retirer du stock
- Noter sur le RUMER les quantités comptées restantes dans la colonne « Inventaire physique ».

Les médicaments périmés sont des produits qui sont bien conservés mais dont la date de validité fixée par le fabricant est dépassée. La date de péremption est toujours indiquée sur l'emballage.

Les médicaments altérés sont des médicaments qui ont subi des modifications de l'aspect extérieur (couleur odeur, goût,...)

NB : les produits périmés ou altérés, retirés du stock doivent être remis au Centre de Santé (CS) afin qu'il les restitue au bureau central de la zone de santé pour destruction. Ces médicaments sont considérés comme des pertes enregistrées.

2.5. Dispensation des médicaments.

La dispensation des médicaments est l'un des éléments clé de l'administration des soins au site. Elle influence efficacement l'observance du malade.

Lorsqu'un médicament est dispensé, il est important que le patient reçoive :

- Le médicament approprié avec son nom
- Les informations correctes sur la manière de prendre le médicament, c'est-à-dire :
 - la quantité exacte du médicament
 - le nombre de prises par jours
 - le nombre de jours de traitement.

Processus de la dispensation

Les étapes de la dispensation des médicaments sont décrites en détail dans le module de formation du relais. Il est très important que ce dernier parvienne à maîtriser ces différentes étapes pour une administration correcte des médicaments. Dispenser un médicament au malade consiste à :

A. Conditionner les médicaments c'est-à-dire :

1. Identifier le médicament
2. Compter la quantité nécessaire pour un traitement complet avec une cuillère propre,
3. Emballer chaque médicament dans un petit sachet en plastique à fermeture grip
4. Etiqueter avec le nom du médicament, la posologie et la durée du traitement.

B. Montrer le médicament

Il s'agit de montrer à la maman le nom, la forme et l'usage du médicament.

Montrer à la maman comment préparer et solutionner les médicaments

C. Expliquer la manière de prendre les médicaments c'est-à-dire (3 combien):

1. combien de médicaments ; la dose du médicament par prise en termes de comprimés
2. combien de fois par jour
3. combien de jours de traitement.

D. Vérifier la compréhension de la mère

Le Relais est appelé à faire REPETER à la maman les 3 combien

E. Démonstration :

Demander à la mère d'écraser ou de solutionner le médicament et d'administrer la première dose en votre présence.

A la fin de la dispensation, il est capital que le relais puisse dire à la mère quand revenir immédiatement et lui donner le rendez-vous.

CHAPITRE III. ORIENTATION DES EQUIPES CADRES DES PROVINCES/DISTRICTS ET ZONES DE SANTE

Cette orientation constitue une étape fondamentale au début de la mise en œuvre des sites. A chaque niveau du système sanitaire, elle précédera le démarrage effectif de l'intervention sur le terrain. Elle se fera en cascade.

3.1. Buts de l'orientation

L'orientation des équipes cadres aura comme buts :

- Apporter l'information aux cadres Politico-administratifs et leaders sur les sites des soins communautaires
- Obtenir l'appui des autorités politico administratives, des leaders d'opinion et des partenaires en vue de leur implication dans la mise en œuvre.
- Préparer les différents formateurs et encadreurs du niveau intermédiaire et périphérique sur les tâches qu'ils auront à mener pendant la mise en œuvre des sites, particulièrement pour le démarrage des activités en matière de sélection des sites et des volontaires, ainsi que des préparatifs pour le démarrage des activités.

3.2. Niveaux de réunions d'orientation :

Les réunions d'orientation se dérouleront aux deux niveaux ci-après :

- Niveau de province et district sanitaire.

Les participants à l'atelier provincial seront les autorités politico administratives du niveau provincial, les leaders d'opinion, les équipes- cadres de l'inspection médicale provinciale et de districts sanitaires, ainsi que des partenaires.

La facilitation de l'orientation pour ce niveau sera assurée par le pool des formateurs du niveau central.

- Niveau zone de santé.

Les participants seront les autorités politico administratives de la zone, les leaders d'opinion, les ONG et autres partenaires, les équipes cadres des zones de santé, les infirmiers titulaires et les responsables des formations

sanitaires privées, les organisations de la plate forme multisectorielle opérant au niveau de la zone (groupement des femmes, inspections scolaires et d'agriculture, croix rouge, etc.)

La facilitation de l'orientation pour ce niveau sera assurée par les formateurs des provinces et/ou de district sanitaire.

3.3. Etapes des réunions d'orientations:

A chaque niveau (province/district et zone de santé), l'orientation comprendra deux étapes

- a) **Info sensibilisation sur les sites.** Elle comprend la définition et le fonctionnement du site, le paquet de services offert dans le site et la contribution attendue des participants dans la mise en œuvre.

Cette étape ne contient pas de détails techniques, permettant ainsi aux autorités politico administratives et aux leaders d'y participer.

Le texte d'orientation pour cette étape se trouve en annexe de ce guide.

- b) **Orientation technique.** Elle sera consacrée uniquement au personnel technique. Elle comprendra tous les aspects de la mise en œuvre. Il s'agira de parcourir à l'intention des formateurs/encadreurs les instructions/directives sur la mise en œuvre de l'intervention. Chaque acteur sera préparé pour les tâches qu'il aura à mener dans le cadre de cette intervention.

CHAPITRE IV. IDENTIFICATION ET SELECTION DES SITES

L'identification et la sélection des sites probables est le fait de déterminer les villages/populations éligibles pour la mise en place de site dans l'aire de santé. Dès que toutes les aires de santé auront sélectionné les sites, la zone de santé va élaborer une CARTOGRAPHIE des sites à mettre en place.

Les villages/populations éligibles ne devront pas nécessairement bénéficier de plusieurs sites, mais il faudra plutôt les regrouper autour de 1, 2,3 sites au maximum dans une aire de santé. Le lieu où le site sera installé devra favoriser l'accès de plusieurs villages/populations éloignés ou coupés par des barrières naturelles. C'est en fait le même type de processus que lors de la mise en place des sites de stratégie avancée lors des activités PEV ou autres activités préventives.

L'identification sur la carte ne suffira pas, il faudra par la suite obtenir l'adhésion de la population locale pour le choix du site, lors d'une descente sur le terrain pour informer les populations locales concernées et leurs leaders au cours d'une réunion.

L'activité de sélection des sites sera sous la responsabilité de l'infirmier titulaire et du BCZS. Toutefois, le comité technique de pilotage devra vérifier et confirmer si les critères de sélection ont été observés avant la formation des relais.

La sélection des sites devra se faire suivant certaines normes de processus, afin d'en garantir la qualité. C'est ainsi qu'il est recommandé de bien briefier les cadres et les IT afin que le processus de sélection se déroule selon les instructions.

L'objectif de ce chapitre est donc de préparer les équipes cadres des districts sanitaires et des zones de santé ainsi que les IT à identifier les sites et sélectionner les relais des sites et les membres de COGESITE selon la démarche recommandée pour l'activité, notamment :

- Le briefing des équipes cadres pour préparer les IT à la sélection ;
- Le briefing des IT à la sélection ;
- La sélection des sites (avec élaboration de la cartographie des sites par la ZS) ;
- La sensibilisation des communautés ;
- La sélection des volontaires.

4.1. Eléments de la cartographie et d'éligibilité des sites.

Outre le croquis, les éléments de cartographie ci-après seront très importants pour la base des données des sites. Il s'agira de :

a) Critères d'éligibilité des sites.

Les critères d'éligibilité des sites sont :

- Accessibilité géographique : les sites doivent être installés dans les villages qui ont un accès difficile au centre à cause soit de la distance soit d'un obstacle naturel (érosion, cours d'eau, forêt,...)
- Densité de la population : il est recommandé d'installer prioritairement les sites là où le besoin est le plus ressenti, notamment dans les grandes agglomérations, en ayant toujours en vue le regroupement de plusieurs villages/populations autour du site pour couvrir au mieux 80 % des populations éligibles dans une aire de santé.

b) Eléments de cartographie pour une aire de santé

(Document à produire par l'infirmier titulaire de l'aire de santé)

AIRE DE SANTE DE :population AS :

Centre de santé ou poste de santé	Villages dans l'Aire de santé	Population du village	Distance entre le village et le CS	Site	Population couverte par le site	Distance entre le site et le Centre de santé	Obstacle naturel

Entourer ensemble tous les villages concernés par un même site

c) Eléments de cartographie pour une zone de santé

(Document à produire par l'animateur communautaire du bureau central de la zone de santé)

Il s'agit en fait d'une SYNTHÈSE pour la zone de santé, comprenant les éléments ci-après :

ZONE DE SANTE DE :population de la ZS :

Centre de santé ou poste de santé	AIRES DE SANTE	Population Aire de santé	Population située à moins de 5 Km du CS	Population située au delà de 5 Km / ou avec obstacle naturel	SITE	Distance entre le site et le Centre de santé	Population couverte par le site	C n

4.2. Briefing des équipes cadres pour le processus de sélection

a) Opportunités pour le briefing.

La méthodologie suivante est recommandée

- 1ère étape : Briefing de l'autorité provinciale si possible avec le(s) District(s) concerné(s) et la zone de santé pour éviter une répétition et gagner du temps. Cependant, si le District et la zone de santé sont éloignés et qu'il se pose des problèmes logistiques, ils pourraient être briefés séparément. L'idéal serait que le district sanitaire et le BCZS assurent la co-facilitation du briefing des IT, pour permettre de renforcer leur maîtrise du mécanisme.
- 2^e étape : Réunion à la zone de santé avec les IT et les autres membres de l'équipe cadre pour le briefing sur la sélection des sites, des relais et des membres du COGESITE. Cette réunion, sous le leadership du médecin chef de zone, serait co-facilitée par la personne la plus informée.

L'idéal serait de faire le briefing au cours des réunions de routine (réunions mensuelles des IT au BCZS par exemple) ou profiter des occasions avec d'autres activités prévues.

Mais, dans des circonstances particulières, une réunion spéciale pourra être organisée seulement pour les sites. A cet effet, il est important que la province et le district soient informés.

b) Qui facilite la réunion de briefing ?

On peut envisager 2 scénarios au niveau d'une province:

1. Lors de la phase d'introduction dans une province, l'appui du niveau central est requis pour le briefing et la formation des formateurs. Si le médecin inspecteur provincial est informé du processus, il est peu probable qu'il s'implique à ce niveau de mise en œuvre. La province peut faire appel à des ressources humaines du niveau central. Une option consiste à faire un briefing spécial pour un membre de l'équipe cadre de la province, du district ou de la zone ou un partenaire, pour lancer le processus d'identification des sites et de sélection des volontaires. Quelque soit l'approche, il est recommandé de briefier le niveau provincial avec la participation des médecins chefs des districts et zones concernés, puis assurer la formation des IT au niveau de la ZS
2. Dans la phase d'extension : Le personnel de la province, des districts et des zones de santé déjà formé dans le processus dispose des compétences pour accompagner les nouvelles ZS et districts sanitaires, aussi bien pour l'identification des sites que la sélection des volontaires.

Des considérations financières, particulièrement lors de la phase d'introduction dans une province ou district peuvent faire que l'on profite de l'opportunité d'un cadre de province ou d'un partenaire de passage à KINSHASA pour être briefé par le niveau central et rendre disponible les ressources pour que ce dernier ainsi briefé poursuive le processus en province.

c) Contenu de la réunion de briefing

L'essentiel du contenu du briefing est l'identification des sites et des volontaires. Cependant, il faudrait profiter de ce premier contact pour donner une idée très générale sur l'intervention et les processus. Le plan de présentation est le suivant :

1. Définition du site des soins communautaires
2. Objectifs du site des soins communautaires
3. Etapes de la mise en œuvre (voir plus haut)
4. Importance du Briefing
5. Les étapes du processus pour l'identification des sites et de sélection des Volontaires.

Définition, objectifs, paquet des services et étapes pour les sites.

Après avoir expliqué aux participants la définition, les objectifs, le paquet des services et les étapes pour les sites, il est important d'attirer leur attention sur le fait que l'inaccessibilité géographique des populations aux services de santé est un critère majeur pour la mise en place d'un site de soins communautaire.

Importance du briefing.

Le 1^{er} intérêt du briefing est de permettre d'avoir des volontaires qui ont rempli les conditions requises pour suivre la session de formation (sachant en outre que ces sessions doivent aussi servir de terrain pratique pour la mise en place des pools des formateurs outillés en province/district).

Le 2^e intérêt du briefing est de s'assurer que la sélection suive la bonne démarche, car une bonne sélection est l'un des éléments clé pour le succès de l'intervention.

Ensuite le facilitateur expliquera aux participants les différentes étapes du processus pour l'identification des sites et de sélection des volontaires (relais des sites et membres du COGESITE), tel que décrit au point 2.3.3.

4.3. Identification des sites et sélection des relais des sites et membres de cogesites

Ce processus suit les 3 étapes suivantes:

- L'identification des sites potentiels
- La sensibilisation des villages/communautés ciblées
- La sélection des relais des sites et des membres de COGESITE

Recommandations utiles pour les 3 étapes de sélection :

- a) Au sujet de l'identification des villages et communautés candidats à l'implantation des sites, il est recommandé à l'IT d'obtenir d'abord l'aval de la ZS sur les sites identifiés avant d'en informer la population bénéficiaire. L'IT ne pourra donc informer la communauté et sélectionner les relais qu'après la validation au BCZS, qui doit ainsi attester que les critères de choix des sites ont été respectés.
- b) Au sujet de la sensibilisation des villages/communautés ciblées ; il est recommandé à l'IT de ne sensibiliser que les villages/communautés qui ont reçu l'aval de la ZS pour la suite des activités, la ZS les ayant ainsi jugées remplissant les conditions pour la mise en place des sites.

Chaque IT devra prendre des dispositions pour que les personnes clés soient présentes aux 2 réunions : sensibilisation et sélection des volontaires.

- c) Au sujet de la sélection des relais des sites et des membres de COGESITE, il est recommandé que la ZS, le partenaire, et si possible le district participent à ce processus, pour s'assurer du respect des critères de choix. Ceci requiert donc qu'un calendrier soit élaboré par le BCZS pour la sélection des relais dans les aires de santé. Si le BCZS est présent, un programme couvrant au moins 2 sites par aire de santé par jour est souhaitable ; un le matin et un autre dans l'après midi.

Notez que la participation du BCZS au processus de sélection est importante pour assurer l'intégrité du processus. Ceci est confirmé par l'expérience qui montre que certains relais sélectionnés par la communauté n'habitaient pas le village ou l'ont été pour des motifs simples de lien de parenté, etc.

A) IDENTIFICATION DES SITES POTENTIELS

L'identification des sites suit la procédure suivante :

1. Faire un croquis de l'aire de santé (cartographie de l'aire de santé),
2. Indiquer les villages situés à plus de 5 km ou isolés par des obstacles naturels : rivières, montagnes, ravins, etc.
3. Indiquer toutes les formations sanitaires privées, publiques ou confessionnelles dans l'aire de santé
4. Indiquer le nombre d'habitants pour chacun de ces villages
5. Indiquer la distance de chaque village par rapport au CS et à toute formation sanitaire proche pour chacun de ces villages
6. Identifier sur le croquis, les villages et communautés proposées pour abriter les sites en indiquant les autres villages couverts par le site et la distance entre les villages.
7. Indiquer la distance entre le site et le centre de santé.

Bien qu'il revienne aux communautés de choisir l'emplacement du site, il est plus indiqué que le village le plus peuplé abrite le site. Les réunions du site devraient donc se tenir dans la grande communauté qui abritera le site. Il est important de s'assurer que les communautés retenues ne sont pas desservies par un dispensaire privé reconnu par la zone de santé

Dès que cet exercice est terminé, l'IT se concertera avec l'équipe cadre de BCZS pour finaliser le choix des sites et obtenir ainsi l'aval du BCZS.

Il ne sera pas nécessaire d'organiser à cet effet une réunion de validation avec tous les IT au même moment, car chaque cas est particulier et demande une certaine connaissance du terrain.

La liste des sites potentiels connus, l'IT planifiera des visites de sensibilisation avec les communautés.

B) MEETING DE SENSIBILISATION DES COMMUNAUTES

Le défi de cette étape est de s'assurer de la participation des personnes-clés au meeting de sensibilisation.

Le but de cette sensibilisation est d'obtenir l'adhésion et l'implication des différentes communautés ciblées dans la mise en place des sites des soins, depuis la sélection à l'implantation et au fonctionnement des sites.

Des communautés voisines séparées par de petites distances seront encouragées à partager un seul site. La zone donnera à ces communautés la possibilité de décider de cette collaboration et de choisir les membres du comité de gestion et les relais ensemble.

Il sera donc important de sensibiliser les communautés à l'utilisation d'un même site parce qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un site par village.

Pour la date et la durée du meeting, il est recommandé de convenir avec la communauté d'une date et heure devant permettre au maximum de personnes-clés de participer.

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

Les invités à cette réunion de sensibilisation seront :

- La territoriale. Possibilité d'inviter : Chefs de quartier, bourgmestre, administrateur de territoire, chef de secteur ou chef de groupement ;
- Les chefs des villages concernés, les notables, les leaders dans la communauté et
- Les relais promotionnels existants

Pour le lieu de la réunion, il est recommandé qu'elle ait lieu dans la communauté et selon la préférence des leaders communautaires concernés : résidence du chef de quartier/groupement, école ou CS, bref le lieu accepté par le chef de la territoriale. Il s'agit d'une affaire du village, et ne pas déplacer la réunion, la tenir dans la communauté visée, en obtenant l'aval préalable des autorités locales.

L'agenda de la réunion de sensibilisation se présentera de la manière suivante :

1. Objectif de la réunion et justification des sites
2. Rôles respectifs des uns et des autres.
3. Conditions pour le succès du site
4. Critères de sélection des relais des sites
5. Processus de sélection : comment sera effectuée la sélection
6. Etapes suivantes après la sélection des volontaires.

B.1. QUE DIRE A LA COMMUNAUTE SUR LA JUSTIFICATION DES SITES ?

Pourquoi le site ?

L'enfant de 0-5 ans doit commencer le traitement à temps, et ne pas attendre que son cas s'aggrave. C'est pourquoi les soins doivent être rapprochés : à moins de 2 h de marche, et si la maladie commence la nuit, il faut que les soins soient assez proches.

A qui appartient le site ?

Le site appartient à la communauté, et le CS assure sa supervision ainsi que la coordination de toutes les activités de l'aire de santé.

B.2. ROLES RESPECTIFS ENTRE LES SERVICES DE SANTE ET LA POPULATION.

- a. Pour le rôle du service de santé (gouvernement et partenaires), expliquer à la population que le service de santé supporte les activités pour développer l'approche :
 - Ateliers de formation et de sensibilisation
 - Première dotation des médicaments et petits matériels
 - Supervision et suivi de la mise en œuvre
- b. Par un dialogue, amener la communauté à identifier elle-même ses rôles suivants :
 - Allouer un local pour les soins,
 - Choisir les relais des sites et les membres de COGESITE
 - Appuyer la motivation des relais
 - Utiliser les services mis à sa disposition selon les normes

B.3. CONDITIONS POUR LE SUCCES DU SITE

Par un dialogue, amener la communauté à identifier elle-même les critères de réussite d'un site, notamment :

- La bonne sélection des relais. (demander le pourquoi de cela à la communauté)
- L'appui aux relais dans leur travail
- Un plan de transport pour les cas référés en urgence
- Le respect des conseils donnés par les relais aux parents
- La participation à la gestion du site et aux autres activités sanitaires
- La bonne entente entre le relais, les comités et la population
- L'utilisation du site par la population, etc.

B.4. CRITERES DE SELECTION DES RELAIS ET MEMBRES DES COGESITE PAR LA COMMUNAUTE

a) Pour les relais du site :

- Être un relais promotionnel en PCIME ou dans un autre domaine des SSP
- Avoir été un modèle parmi les relais promotionnels : Le relais modèle bénéficie de l'appréciation du personnel de santé et de la communauté qui l'a choisi.
- Marié de préférence.
- être moins mobile et moins voyageur.
- Avoir une résidence connue dans le milieu
- Bonnes relations avec les autres membres de la communauté.
- Savoir lire et écrire (préférence au français, tout en étant large)
- Disponibilité. **INSISTER SUR CE DERNIER CRITERE**, car le relais devra promettre de rester disponible pour les activités des sites pendant au moins 3 ans.
- Ne pas être professionnel de santé ou élève infirmier

N.B : Inciter la communauté à porter le choix sur les femmes mères.

b) Pour les membres de COGESITE :

- Etre un VOLONTAIRE
- Etre installé dans la communauté (maison, biens etc.)
- Savoir lire et écrire (pour les membres chargés de certaines taches comme le Secrétaire et le trésorier)
- Etre honnête sur le plan financier

N.B : Pour les relais des sites, il faudrait en choisir 3 ou 4 par ordre de mérite. Ainsi, on pourrait prendre le suivant sur la liste si certains critères ne sont pas remplis par les uns ou les autres.

B.5. COMMENT S'EFFECTUERA LA SELECTION ?

La sélection peut-elle avoir lieu le même jour que la sensibilisation ?

Il est souhaitable que la sensibilisation et la sélection se passent à des jours différents.

Il est recommandé que les villages/communautés concernés se regroupent entre eux, afin qu'ils fassent leurs propositions librement en plénière devant les facilitateurs le jour de la sélection.

Comment s'assurer que le Volontaire habite effectivement le village ?

A la fin du choix de la communauté, leur demander en plénière si chacun des relais et membres des COGESITE proposés habitent effectivement le village.

Les hésitations parmi les réponses pousseront l'IT à faire un sondage plus approfondi.

Il est souhaitable qu'un cadre du BCZS soit présent lors de la sélection. Ce qui suppose donc que l'IT ait discuté des dates potentielles avec le BCZS.

C) SELECTION FINALE DES RELAIS ET MEMBRES DES COGESITES

Voici les étapes pour la sélection finale des relais des sites, des membres des COGESITE et l'engagement des communautés.

1. Rappel

- des fonctions du site (voir plus haut)
- de l'appui attendu des communautés (utilisation du site, motivation de volontaires et plan de transport)

2. Présentation en plénière des noms des candidats proposés par la communauté

3. Déclaration en plénière si tous ces candidats habitent le milieu, S'ils voyagent ou s'absentent souvent

4. Test des relais des sites pour la sélection finale

Le délégué du BCZS et l'IT se retireront avec les candidats relais des sites pour procéder au test de LECTURE DE LA FICHE DE PRISE EN CHARGE utilisée au site. (Lecture seule sans traduction)

5. Présentation en plénière des candidats retenus

- Demander au volontaire, s'il accepte de travailler comme volontaire pendant au moins **3 ans** ?
- S'il accepte, solliciter à la communauté de le soutenir et de l'acclamer.

6. Annoncer à la communauté les prochaines étapes :

- formation des volontaires
- ouverture du site
- Motivation des volontaires et accès aux médicaments pour les cas qui n'ont pas d'argent lors de l'épisode maladie
- Mise sur place d'un plan de transport pour les références urgentes.

RDC

CHAPITRE V. FORMATION.

Ce chapitre traite des 3 sujets ci-après :

- le renforcement du Système de santé
- la liste et le déroulement des formations relatives aux sites
- le Briefing des équipes des formations sanitaires par rapport aux sites et à la référence des cas.

5.1. Renforcement du système de santé.

Le renforcement du système de santé est un des préalables importants pour assurer la maîtrise et l'appropriation des activités par les équipes locales, en vue de garantir la qualité de la mise en œuvre et le passage à l'échelle.

Trois résultats sont attendus dans le domaine du renforcement du système de santé, à savoir :

- Le renforcement des capacités des pools des provinces
- Le renforcement des capacités de coordination du bureau central de la zone de santé
- Le renforcement des capacités des infirmiers titulaires pour la supervision rapprochée des sites.

a) Mise en place des pools de provinces et districts.

En effet, le renforcement des capacités des *pools des provinces et districts* assure l'encadrement de proximité et minimise le coût de mise en œuvre pour le passage à l'échelle.

Il est donc important que le niveau central puisse, avec les formations en *cascade*, transférer les compétences aux pools des provinces/ districts pour que les provinces, districts et zones de santé s'approprient la mise en œuvre de qualité. En outre, lors de leur accompagnement, le niveau central devra renforcer les capacités de pools provinciaux en matière de planification et de suivi/supervision des activités.

Dès que cela est acquis, le niveau central ne pourra dès lors n'assurer que les suivis et les supervisions par accompagnement dans les provinces/districts.

a.1) Responsabilité des pools des formateurs provinciaux et de district.

Leur responsabilité consistera à former et à assurer le suivi des équipes cadres des zones de santé sur les matières fondamentales qui garantissent une mise en œuvre de qualité, notamment :

- une bonne sélection des sites et des relais des sites ;
- une formation de bonne qualité pour les relais ;
- une disponibilité permanente des médicaments essentiels génériques et des fiches de prise en charge ;
- un encadrement rapproché des relais des sites, avec suivi/supervision de qualité et
- une collecte avec analyse régulières des données.

Etant donné le nombre élevé des zones de santé à encadrer et à accompagner dans les provinces, il est important d'avoir une masse critique suffisante de formateurs dans les pools des provinces/ districts en vue d'une planification plus rationnelle des activités en provinces.

a.2) Comment faire pour avoir un noyau suffisant des cadres formés dans les provinces et dans les districts ?

Ceci constitue une préoccupation majeure pour assurer l'appui technique nécessaire attendu des équipes provinciales vers les zones de santé.

En effet, nous savons que les équipes cadres des zones de santé sont d'office budgétisées lors des sessions de formation organisées dans les zones de santé. Ce qui n'est pas le cas pour les cadres des provinces et des districts, qui souvent manquent d'appui. Par ailleurs, un partenaire ne saura pas toujours financer la formation d'un grand nombre des cadres de province et de district qui n'émargent pas dans son budget d'appui.

De ce fait, il est recommandé de faire une programmation concertée des formations avec plusieurs partenaires qui veulent intervenir dans la même province et dans le même district, de façon à ce que la charge soit partagée entre plusieurs partenaires pour que chacun supporter la formation de 1 ou 2 cadres, de manière à ce que, après une série de formations successives, l'on puisse avoir une masse critique des cadres formés dans la province et le district.

b) Renforcement des capacités de coordination du bureau central de la zone de santé

L'équipe cadre de la zone de santé possède la responsabilité de coordonner toutes les étapes de mise en œuvre dans la zone de santé. Elle est supervisée par le pool de province/district qui, dans la phase initiale de la mise en œuvre, bénéficie de l'accompagnement du niveau central.

En effet, lors des différentes sessions sur les sites dans la zone de santé, L'équipe cadre de la zone de santé doit être associée au pools de province et district dans l'encadrement des activités. La méthodologie de facilitation devra viser le renforcement des compétences de l'équipe cadre de la zone de santé en vue d'une meilleure appropriation de la mise en œuvre. Il faudrait donc s'assurer que la Zone de santé devienne capable d'organiser seules toutes les activités, ne sollicitant ainsi l'appui technique qu'en cas de limitation technique pour l'un ou l'autre domaine.

b.1) Attributions de l'équipe cadre de la zone de santé.

Les compétences de l'équipe cadre de la zone de santé doivent être renforcées pour assurer les activités ci-après :

- la sélection des sites et des relais des sites ;
- la formation des relais des sites ;
- la formation des membres des COGESITES ;
- le management pour assurer la disponibilité des M.E.G. et intrants pour site ;
- le suivi post-formation des relais des sites ;
- la supervision de routine des sites et
- le monitoring des activités des sites

b.2) Attributions des cadres techniques et non-techniques de la zone de santé.

Il y a en effet 2 catégories de cadres dont il faudra renforcer les compétences au bureau central de la zone de santé :

1. *Les cadres techniques*, formé du personnel médical (médecins, pharmacien, infirmiers superviseurs), qui seront responsables de l'appui technique pour la mise en œuvre de sites et veilleront, entre autres, à la qualité de la prise en charge des cas par les relais dans les sites. Leurs tâches particulières seront :

- Briefer les IT sur la sélection des sites et des volontaires
- Planifier la mise en œuvre et élaborer la cartographie des sites dans la zone de santé.
- Former les équipes de la ZS et les relais des sites
- Assurer le suivi post-formation avec l'accompagnement de la province/district.
- Assurer le contrôle de qualité de la prise en charge des cas dans les sites (supervision de la prise en charge des cas, dépouillement des fiches de prise en charge aux sites)
- Assurer le monitoring des activités des sites dans la zone de santé.

2. *Les Cadres non techniques*, qui veilleront plus particulièrement à l'organisation logistique des sites ainsi qu'à l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des sites. Nous citerons ici particulièrement l'animateur communautaire auquel il faudra rattacher des collègues de service pour lui alléger la tâche.

Les tâches particulières dévolues à l'animateur communautaire et collaborateurs sont :

- Accompagner les IT dans la sélection des sites et des volontaires
- Veiller, en collaboration avec les infirmiers titulaires, sur la disponibilité des médicaments essentiels, fiches de prise en charge et autres documents de travail dans les sites
- Susciter l'implication de la communauté dans la gestion et l'utilisation des sites
- Interviewer les mères des enfants malades et la communauté sur les matières indiquées pour les sites.
- Centraliser les rapports d'activités des sites provenant de toutes les Aires de santé.

b.3) Organisation au sein de l'équipe cadre de la zone de santé.

De tout ce qui précède, Les recommandation finales pour une bonne organisation de l'équipe cadre de la zone de santé seront :

- la mise en place des *équipes cadres pluridisciplinaires* ;
- la désignation de l'animateur communautaire comme *PERSONNE FOCALE* au sein des équipes en vue de la centralisation des données et des informations à porter à la connaissance de toute l'équipe ;
- une bonne *planification* des activités, sans oublier la nécessité de bien suivre l'exécution des plans ainsi élaborés ;
- l'existence d'un *PLAN DE SUPERVISION*, très utile dans la zone de santé.

c) Renforcement des capacités des infirmiers titulaires

L'infirmier titulaire est le premier encadreur des sites. Toutes les formations qui se feront dans la zone de santé devront associer l'infirmier titulaire, dans le but de renforcer ses capacités pour mieux assumer son rôle.

En outre, l'infirmier titulaire devra entraîner ses collaborateurs au centre de santé à réaliser aussi les tâches liées aux sites, afin qu'il soit utilement épaulé et que son empêchement éventuel ne bloque pas l'encadrement des sites.

c.1) Attributions de l'infirmier titulaire.

Les compétences de l'infirmier titulaire doivent donc être renforcées pour assurer les activités ci-après :

- la sélection des sites et des relais des sites dans son aire de santé qu'il est censé maîtriser le mieux
- L'encadrement des relais des sites lors de leur formation initiale
- L'encadrement des relais des sites lors des suivis post-formation.
- La formation des membres des COGESITES
- La supervision rapprochée des sites, avec attention particulière à l'observation de la prise en charge, au dépouillement des fiches remplies par le relais et à la disponibilité des médicaments afin d'assurer la qualité de prise en charge des cas.
- Le management pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels et intrants aux sites
- La synthèse des rapports d'activités des sites fonctionnant dans l'aire de santé.
- Le monitoring des activités des sites lors des réunions mensuelles organisées au centre de santé.

c.2) Modalités de renforcement des capacités de l'infirmier titulaire.

L'infirmier titulaire devra accompagner toutes les sessions de formation et de suivi post-formation des sites effectuées dans la zone de santé, afin de lui permettre de *s'exercer* à accomplir les différentes tâches lui assignées pour l'encadrement des relais des sites.

En outre, étant donné que les infirmiers titulaires doivent faire la sélection des sites et des relais avec l'accompagnement du bureau central, un briefing préalable sur le processus de sélection est recommandé en leur faveur.

Les compétences de l'infirmier titulaire et de ses collaborateurs seront renforcées lors des visites subséquentes que les équipes cadres réaliseront dans les aires de santé.

c.3) Connaissances de l'infirmier titulaire en PCIME.

Le pré requis des Infirmiers en PCIME-clinique est important pour leur permettre de mieux encadrer les relais et assurer la qualité des Soins. C'est pourquoi, si l'infirmier titulaire n'a pas été préalablement formé en PCIME-clinique, il y a lieu de planifier sa mise à niveau en PCIME dans la zone de santé, en suivant les instructions édictées par la stratégie PCIME au niveau national.

5.2. Liste des formations à organiser pour les sites et déroulement des sessions.

Les formations suivantes sont retenues pour les sites des soins communautaires:

1. la formation des formateurs (3jours)
2. la formation des encadreurs (2jours)
3. la formation des relais (5jours)
4. la formation des COGESITES (1 jour).

Ces formations se font en cascade. Le niveau central accompagnera les pools des provinces et de districts lors des premières sessions de formation et de suivi post-formation, en vue du renforcement de leurs capacités. Dès qu'ils ont acquis les capacités nécessaires, les pools des provinces et des districts vont poursuivre seuls la mise en œuvre, et le niveau central n'interviendra alors que lors des supervisions des provinces programmées selon le rythme édicté par les normes nationales.

5.2.1) Formation des formateurs.

a) Pool des formateurs de province/district.

L'approche d'extension retenue est en fait l'extension *par pool de district*. Ceci se justifie par la proximité des districts par rapport aux zones de santé et offre un cadre de coordination efficace et rationnelle. Mais, les districts bénéficient de l'appui des cadres de province.

Le pool des formateurs de district sanitaire est composé des cadres techniques du district et des bureaux centraux des zones de santé et des hôpitaux généraux de référence composant le district sanitaire. Nous citons les cadres techniques suivants : médecins, pharmaciens, infirmiers, nutritionnistes. C'est en fait eux qui animeront les sessions de formation dans les zones de santé.

A la phase initiale de mise en œuvre, les formations se feront dans les pools des districts, auxquels s'ajouteront les cadres de province, sous la facilitation du niveau central. Dès qu'il existe une masse critique des formateurs rodés dans la province, ils pourront assurer eux-mêmes l'extension dans les autres districts, et ne recourir dès lors à l'appui du niveau central qu'en cas de besoin.

b) Sélection des Cadres à former comme Formateurs des Sites.

Etant donné que le site comporte en priorité une prise en charge des cas des enfants malades, les formateurs pour les sites sont sélectionnés parmi les cadres et prestataires de santé ayant la prise en charge des cas des malades dans leur formation de base (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.)

En outre, un pré requis en PCIME est recommandé. C'est pourquoi, les formateurs des sites sont sélectionnés parmi les équipes des formateurs et prestataires de PCIME. Dans le cas où ce pré requis n'existe pas, une session préalable de MISE A NIVEAU en PCIME est recommandée.

c) Outils de formation pour les formateurs.

Les outils suivants sont utilisés pour la session de formation des formateurs:

- Le guide du formateur pour les sites
- La note de déroulement pour la formation des formateurs
- Le Manuel du relais et les réponses des exercices des relais
- L'affiche murale de PCIME pour la mise à niveau

- La vidéo
- Les instructions sur la sélection des sites
- Le manuel des COGESITES
- Les outils d'évaluation du relais pendant la session de formation
- Les outils de suivi post-formation et de supervision des sites, et la fiche de dépouillement pour l'évaluation de la qualité des soins dans les sites.

d) Déroulement de la session de formation des formateurs.

La formation des formateurs dure 3 jours, suivant l'horaire en annexe. Trois temps forts sont décrits lors de la dite session :

- L'orientation des autorités politico-administratives à la séance d'ouverture de la session de formation
- La phase d'initiation des formateurs aux matières relatives aux sites
- La phase d'initiation aux techniques de facilitation pour les sites, ainsi que la familiarisation aux approches et outils de suivi-supervision et d'assurance qualité.

L'orientation des autorités politico-administratives se fait dans le cas où cette activité n'avait pas eu lieu auparavant. (*cf. chapitre 4 sur l'orientation*).

La formation proprement dite des formateurs se déroule en 2 phases : la première phase consiste à l'apprentissage des matières du relais des sites, et la deuxième phase consiste à la maîtrise de la technique de facilitation pour la dispensation des cours aux relais des sites, ainsi que pour le suivi/supervision des sites.

L'horaire de la session de formation des formateurs se trouve en annexe.

d.1) La phase d'initiation des Formateurs avec les matières relatives aux sites.

Durant la *première phase* ayant trait à l'apprentissage des matières sur les sites, le formateur est formé sur les instructions de mise en œuvre des sites ainsi que sur les outils de prestation du relais de site. Le contenu modulaire de ces matières se retrouve dans les supports ci-après:

1. Le guide de mise en œuvre des sites, particulièrement les instructions sur la sélection des sites et des volontaires.

2. les outils de prise en charge :
 - la fiche de prise en charge
 - le formulaire de référence et contre référence
3. les supports de communication,
4. les outils de gestion du site, à savoir :
 - le registre de consultation,
 - le canevas du rapport mensuel,
 - le registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes, en sigle RUMER,
 - le carnet de commande des médicaments.
5. l'outil de formation des membres de COGESITE.

La formation des formateurs comporte les notions théoriques, les exercices des études des cas, les exercices Vidéo, la pratique clinique de la prise en charge des enfants malades selon le modèle des sites.

d.2) La deuxième phase relative à la technique de facilitation et aux outils de suivi-supervision du relais.

Cette phase est cruciale, étant donné que :

- le relais n'est pas un personnel médical et n'a donc pas le pré requis de l'infirmier
- Il est formé « à la tâche ». Il doit exécuter correctement les tâches lui assignées et s'assurer que, à la fin de sa session, il a compris et maîtrisé les tâches spécifiques lui assignées.

e) Guide du formateur.

Pour permettre au formateur de mieux accomplir sa mission de facilitateur, un guide du formateur est mis à sa disposition. Cette étape de la formation se focalise à lui donner la maîtrise à l'utilisation de son guide du formateur, document de travail auquel il est appelé à s'attacher (et à avoir en face de lui) pendant toute la session de formation.

Ce guide est un combiné du manuel de relais et des instructions au formateur. Il est présenté en deux parties : La partie gauche est une copie conforme du MANUEL DU RELAIS, et la partie de droite dans l'encadré constitue le guide méthodologique du FORMATEUR pour animer les matières à chaque étape de la session. C'est dans le souci d'harmoniser la méthodologie de formation et d'assurer la qualité à tous les niveaux que ce Guide a été élaboré. C'est pourquoi la recommandation est faite aux formateurs de SE COLLER à leur GUIDE durant toute la session.

Si, dans certaines circonstances particulières et par moment durant la session, un formateur expérimenté est amené à adapter sa technique d'animation, il lui est recommandé de rester conforme à l'esprit et au cheminement de ce guide.

f) Micro-leçons d'enseignement.

Les micro-leçons d'enseignement sont très utiles à ce stade. Les recommandations suivantes sont formulées afin d'assurer la qualité de la formation et l'atteinte des objectifs :

- Le facilitateur du cours devra lui-même présenter d'abord une « démonstration » d'enseignement sur un thème choisi, afin de permettre aux participants de voir.
- Chaque stagiaire devra présenter au moins une micro-leçon durant l'exercice.
- Toutes les matières faisant partie du *manuel du relais* devront faire l'objet de micro-leçons, afin de s'assurer que les formateurs stagiaires ont répété et obtenu le feedback sur la dispensation de toutes les matières.
- A la fin d'une micro-leçon, un feed-back de tous les participants à la session est adressé à l'endroit du (des) présentateur(s) de la leçon. Le feed-back devra porter sur:
 - La technique de facilitation *conforme ou non au guide du formateur*
 - La pertinence du contenu des matières dispensées par le(s) stagiaire (s).

Les micro-leçons présentent ainsi, entre autres avantages, d'apprendre à tout stagiaire de *préparer ses matières* avant de les dispenser, de lui permettre de *s'exercer dans la technique de facilitation*, et permettre à tous les participants de *réviser* les matières du site.

Avec les micro-leçons, la préparation des matières à dispenser, ainsi que le fait de suivre la leçon animée par d'autres, constituent ainsi les moyens pour aider la révision des matières par les participants. C'est pourquoi il est recommandé que tous les thèmes du manuel du relais de site soient attribués aux stagiaires pour les micro-leçons.

g) Outils d'évaluation, de suivi-supervision et d'assurance qualité.

Ces outils sont présentés et expliqués aux stagiaires. Mais les stagiaires seront ultérieurement entraînés à les remplir lors de l'accompagnement dont ils vont bénéficier de la part des facilitateurs à l'occasion des sessions de formation et de suivi post-formation des relais.

Il s'agit des outils ci-après :

- les fiches d'évaluation du relais pendant la session de formation (résolution des exercices des études des cas, pratique de prise en charge des cas des enfants malades)
- Fiche de suivi individuel post-formation intégré
- Fiche de supervision des MEG et intrants
- Fiche de dépouillement pour l'évaluation de la qualité de prise en charge
- Canevas de supervision du site et fiche d'entretien avec la mère de l'enfant malade.
- Canevas d'animation de réunion de l'IT avec la communauté

Remarque importante :

A la fin de leur formation, les formateurs devront être capables d'animer immédiatement la formation des encadreurs et des relais, sous la supervision du niveau central.

5.2.2) Formation des encadreurs (IT et AC)

a) Rôle assumé par les encadreurs lors des sessions avec le relais.

L'infirmier titulaire et l'animateur communautaire constituent les encadreurs des relais des sites.

Dans les différentes sessions de formation ainsi que des suivis post-formation des relais des sites, les encadreurs se positionnent immédiatement à côté des relais pour leur assurer un feed-back immédiat ainsi que leur évaluation formative immédiate.

Point n'est besoin de rappeler que leur rôle va au delà des sessions de formation, dans l'appui technique et logistique rapprochés des sites. La faiblesse de ces 2 personnalités focales est susceptible d'entamer la réussite de la mise en œuvre au quotidien des sites.

b) Activités permettant la formation continue des encadreurs des sites.

Bien que les encadreurs bénéficieraient d'une formation de 2 jours facilitées par l'équipe cadre de la zone de santé appuyée par le district (et au besoin la province ou le niveau central), beaucoup d'autres circonstances serviront pour leur formation continue, sans oublier les visites et supervisions subséquentes des équipes cadres.

De façon formelle, les quatre occasions retenues pour leur formation sont les suivantes :

- Lors de l'orientation des équipes de la zone de santé, l'encadreur sera formé/préparé à la sélection des sites et des volontaires (cf. chapitre 4). La durée de cette session est de 1 jour.

- Lors de la formation des encadreur, ils seront initiés à la prise en charge des cas selon les sites, et il sera mis à niveau pour ses capacités de prise en charge des cas selon PCIME. La formation des encadreur dure 2 jours, et elle est assurée par les équipes cadres de la zone de santé appuyés par le district, et au besoin, par la province et le niveau central.
- Lors de la formation des relais dirigée par les équipes cadres de la zone de santé et de district, l'occasion sera donnée à l'encadreur de parfaire ses capacités en assurant un encadrement rapproché du relais de site pendant les 5 jours que prendront les séances théoriques et pratiques de sa formation.
- Un mois après la formation des relais, l'encadreur sera entraîné au suivi post-formation ainsi qu'à l'appui à fournir aux relais des sites. 3 réunions de suivi post-formation sont réalisées pour les relais des sites, auxquels l'encadreur participe activement comme acteur à coté des équipes cadres et s'entraîne ainsi aux différentes tâches de suivi/supervision des relais des sites. Les réunions de suivi post-formation dureront 1 jour.

Nous rappelons que la formation de l'infirmier titulaire en PCIME ou sa mise à niveau en la matière fait partie intégrante du renforcement des capacités prévu pour la mise en œuvre des sites.

A l'étape avancée de la mise en œuvre des sites, les infirmiers titulaires seront ainsi capables d'assurer la supervision immédiate des relais des sites, sous la coordination de l'équipe cadre de la zone de santé. Le district, la province et le niveau central effectueront alors leur supervision selon un calendrier pré établi.

c) Sélection des encadreur des sites.

Les infirmiers titulaires des aires de santé planifiées pour l'intégration des sites sont d'office retenus pour être formé comme encadreur des sites. Il en est de même de l'animateur communautaire du bureau central.

Le pré requis en PCIME demeure une recommandation. Toutefois, si ce pré requis n'existe pas, une MISE A NIVEAU en PCIME s'impose, même après la formation sur les sites.

d) Outils de formation pour les encadreur.

Les outils suivants sont utilisés pour la session de l'encadreur :

- Le manuel de l'encadreur des sites et le manuel des exercices des sites
- La fiche de prise en charge des cas au site
- L'affiche murale de PCIME pour la mise à niveau

- La vidéo
- Les instructions sur la sélection des sites
- Le manuel des COGESITES
- L'outil d'évaluation du relais pendant la session de formation
- Le canevas de supervision de routine du site.

La formation de l'encadreur dure 2 jours, suivant l'horaire en annexe.

5.2.3) Formation des relais des sites.

Les objectifs, la méthodologie, le contenu, l'horaire et la durée des étapes successives de cette formation sont repris dans le guide des formateurs.

a) Qui anime et encadre la formation des relais des sites ?

A titre de rappel, les relais des sites sont formés par l'équipe cadre de la zone de santé appuyée par le district et la province, sous la supervision du niveau central, le cas échéant, surtout au début du processus.

Pendant la formation, ils sont encadrés par les infirmiers titulaires et les animateurs communautaires qui les accompagnent durant toute la session.

Durant cette session, le ratio est de 1 formateur/encadreur pour 2 relais.

Pendant les sessions de formation et de suivi post-formation, l'encadrement consiste à :

- Aider le relais à comprendre les documents de formation mis à sa disposition
- Aider le relais à résoudre les exercices des études des cas
- Aider le relais à mieux manipuler les matériels mis à sa disposition
- Aider le relais à la prise en charge des cas lors des pratiques cliniques sur terrain.
- Donner le feed-back individuel aux relais au fur et à mesure de la session de formation
- Remplir les fiches d'évaluation individuelle des relais au fur et à mesure des études des cas et des exercices pratiques, ainsi qu'à la fin de la session de formation.

b) Contenu de formation des relais des sites

Les matières faisant l'objet de la formation des relais des sites sont les suivantes :

- La référence au CS intégré pour signes de danger/alerte, la Prise en charge des cas simples de paludisme, diarrhées, toux/ rhume, malnutrition, ainsi que le rattrapage en PEV, CPS et Vit A
- La gestion des médicaments essentiels des sites

- La gestion des données du site
- La communication aux mères pour les soins adéquats à domicile et le changement de comportement.
- La surveillance à base communautaire des maladies (dont l'intégration se fera ultérieurement et de façon progressive).

Il convient par ailleurs de signaler le grand intérêt que le site accorde au *rendez-vous de suivi des enfants malades soignés au site*. En effet, si la mère n'est pas revenue d'elle-même au rendez-vous de suivi fixé lors des soins au site, le relais est appelé à faire un suivi de l'enfant à domicile.

Lors du suivi de l'enfant soigné au site, le relais recherche les informations sur l'amélioration ou non de la santé de l'enfant, le respect des conseils prodigués à la mère, et il vérifie si l'enfant a bien reçu sa dose comme prescrite (compliance).

Les informations à collecter par le relais lors de la visite de suivi sont mentionnées sur la fiche de prise en charge du site et font partie du contenu de formation du relais.

En vue de faciliter l'apprentissage des relais sur la prise en charge des cas au site, il est souhaitable que le relais possède un pré requis lui facilitant l'assimilation des matières des sites. C'est pourquoi *le pré-requis en PCIME-communautaire* est souhaité, et qu'il est recommandé que la formation en PCIME-C/NAC précède celle des sites. Toutefois, cela ne constitue pas une contrainte majeure, car le pré requis du relais peut aussi dépendre de beaucoup d'autres connaissances ou expériences antérieures.

c) Lieu et durée de la formation des relais des sites

La formation du relais des sites durera 5 jours, selon l'horaire en annexe. En plus de sa formation initiale, le relais de sites bénéficiera de 3 autres suivis post-formation durant une journée, séparés chacun de 1 mois d'intervalle.

Les suivis post-formation font partie à part entière de la formation du relais. Nous en parlerons plus en détails au Chapitre 6.

Tout lieu commode sera retenu pour la formation, s'il offre le cadre permettant l'atteinte des objectifs suivant le temps et la méthodologie adoptés. Il peut donc ainsi s'agir du bureau central de la zone de santé, d'une formation sanitaire, d'une école ou de toute autre institution qui en offre le cadre.

d) Recrutement des enfants malades lors des sessions pratiques

Lors des séances pratiques au cours des sessions de formation ou lors des *réunions de suivi post-formation*, le recrutement des enfants malades pourra se faire, soit dans la formation médicale (s'il y a assez d'enfants malades pour les relais), soit dans les ménages environnants (s'il n'y a pas assez d'enfants malades dans la formation médicale).

Comment pourra se faire le recrutement des enfants malades dans les ménages ?

- On annoncera aux ménages proches du lieu de la session le déroulement de la *pesée communautaire* des enfants de 0-5 ans dans le quartier, en leur indiquant le lieu de regroupement non loin des habitations.
- Tous les enfants seront alors pesés par les relais.
- C'est alors que les facilitateurs trieront au fur et à mesure les enfants présentant un symptôme de maladie afin d'être examinés par les relais (en donnant priorité aux enfants ayant une toux ou rhume ou un signe de danger). En effet, l'enfant présentant le symptôme de toux ou rhume offre l'occasion au relais de compter la fréquence respiratoire à la recherche de la pneumonie, et d'examiner le plus de symptômes possibles chez l'enfant malade, conformément à la fiche de prise en charge des sites.

e) Outils et supports utilisés pour la formation des relais des sites

Tous les matériels et supports didactiques pour la formation du relais devront être apprêtés avant la session, afin de faciliter son apprentissage théorique et pratique, son étude vidéo, l'examen des enfants malades, la

dispensation des médicaments et la communication aux mères pour les 4 maladies citées, à savoir : paludisme, diarrhée, pneumonie et malnutrition.

Une attention particulière est accordée sur l'étude des *signes de danger*. C'est pourquoi l'étude vidéo est incontournable lors des sessions de formation et de suivi post-formation des relais des sites. Les réalités de terrain ayant démontré beaucoup de difficultés liées à l'électricité, il a été recommandé de produire aussi des CD en plus des cassettes vidéo, facilement utilisables avec un lap top.

Les matériels et supports didactiques servant pour la formation du relais des sites sont listés ci-après :

- Minuteurs
- Balances Salter
- Cartes CPS colorées en bandes
- Manuels et outils de formation pour le relais de site
 - o Manuel du relais de site
 - o Manuel d'exercices pour le site
 - o Fiches de prise en charge des cas au site
 - o Job Aids (Cartes-conseils du relais de site)
- Logistique pour vidéo
- Caisses de médicaments pour tous les sites.
- Médicaments essentiels (échantillons pour chaque produit utilisé au site)

Rappel important: En vue d'éviter au relais le risque d'oublier les matières apprises suite à une inactivité, il est recommandé à l'équipe cadre de la zone de santé d'apprêter la quantité suffisante des médicaments et d'intrants pour le démarrage immédiat des sites après la session de formation (voir chapitre 2).

Par ailleurs, dans le cas ou d'un éventuel retard de démarrage des sites de plus d'un sans que les relais ne puissent exercer après leur formation, une séance de répétition et de rappels des matières avec exercices de prise en charge des cas est exigée.

f) Méthodologie de formation

Il est recommandé aux facilitateurs de respecter la méthodologie de formation décrite dans le guide du formateur. C'est pourquoi les facilitateurs doivent SE COLLER à leur guide pendant toute la session.

f.1) Formation focalisée sur la maîtrise des outils de travail.

Le niveau du relais ne lui permettant pas de longue lecture, la formation se focalisera à accorder au relais la maîtrise de ses outils de travail. C'est pourquoi le manuel du relais ne contient pas beaucoup de littératures. C'est aussi pourquoi les cours magistraux sont prohibés pour le relais.

f.2) 3 verbes conjugués par le relais.

La fiche de prise en charge des sites est élaborée de façon à ce que le relais écrive le moins possible. Le relais a 3 verbes à conjuguer lors du remplissage de la fiche de prise en charge : « *écrire, entourer et cocher* ». (cfr Annexe

En effet, il écrira seulement les éléments relatifs à l'identification. Pour tout le reste, il ne fera qu'entourer les signes présents ou les traitements concordant à *l'âge de l'enfant*, et cocher pour les classifications.

La formation aidera le relais à comprendre à *quel endroit* de la fiche de prise en charge écrire, entourer ou cocher, *pourquoi et comment*.

f.3) Positionnement de l'encadreur pendant la session de formation.

Le positionnement de l'encadreur à côté du relais pendant toute la session de formation constitue un caractère important dans la méthodologie de formation du relais de site. Ce dernier se place à côté du relais lors de toutes les activités de la formation à raison d'un encadreur pour 2 relais, en vue d'un suivi individuel immédiat à chaque étape de la formation.

L'encadrement rapproché du relais aide ce dernier à maîtriser le gros des matières et lui évite l'accumulation des fautes dont la correction pourrait devenir plus difficile à la fin de la session.

f.4) Méthodes et techniques de facilitation des leçons.

Le facilitateur fera donc le plus recours à la *revue des connaissances* des relais, la *lecture guidée*, et la *démonstration*.

La revue des connaissances utilisera souvent le jeu de question-réponse, et permettra de percevoir ce que le relais connaît déjà pour y accorder moins de temps dans les répétitions, et s'attarder plutôt à clarifier ou compléter les connaissances manquantes aux relais.

Les différentes techniques et méthodes sont décrites dans le guide du formateur pour chaque étape de la dispensation des cours. Le guide de formateur est élaboré de sorte que le facilitateur retrouve la technique de l'apprentissage à chaque étape de la formation.

f.5) Langue de dispensation des cours.

Les cours se donneront dans *la langue* que le relais maîtrise. Ainsi donc, lors de la lecture guidée, il est recommandé aux facilitateurs de demander aux relais leur compréhension des items en les expliquant selon leurs concepts locaux (ce qui est différent d'une traduction en langue locale)

g) Informations à collecter sur les relais lors de la session de formation.

En vue d'aider l'élaboration d'une base des données sur les sites, les facilitateurs collecteront les informations suivantes auprès des relais :

Noms, sexe, année de naissance, niveau d'étude, occupation professionnelle, marié ou non, nombre d'enfants, téléphone, site de, aire de santé de, date de formation, date de cessation d'activités au site.

h) Installation officielle de site

Un plan de déploiement des membres de l'équipe cadre de la zone de santé sera élaboré par le médecin chef de zone, afin de permettre l'installation de tous les sites dans un temps record. Le rythme d'installation pourrait être de deux ou trois sites par jour, en tenant compte des distances et des moyens logistiques de la zone de santé.

Les médicaments et les outils de gestion sont remis aux relais du site lors de leur installation. Il faudra donc que ce kit soit disponible à l'ouverture du site.

Au cours de l'installation les tâches suivantes seront accomplies :

- Présenter le relais aux communautés
- Rappeler le fonctionnement du site
- Remettre officiellement médicaments et matériels aux communautés comme intrant d'intérêt communautaire.
- Organiser une réunion entre le COGESITE, le CAC, les relais promotionnels et autres autorités pour encourager la collaboration au site.
- Mobiliser la population à utiliser et soutenir le site.

Il serait donc souhaitable de programmer cette installation dès que la date de la formation est connue et informer les communautés à l'avance. Des mesures devraient être prises pour assurer le marketing social en faveur du

site afin d'informer et éduquer la communauté. Il serait idéal de donner davantage la parole à l'infirmier titulaire et au COGESITE pour renforcer leur autorité ainsi que leur rôle dans la gestion du site.

5.2.4). Orientation/Formation des membres du COGESITE

Une formation/orientation d'un jour sera organisée au centre de santé pour les membres du COGESITE, afin de les préparer à remplir leur fonction.

Le renforcement des capacités des membres du COGESITE se poursuivra au fur et à mesure des activités d'appui se déploient sur le terrain, principalement, lors des descentes ultérieures de l'infirmier titulaire et de l'animateur communautaire mais aussi lors de la descente des autres membres de l'équipe cadre de la zone de santé.

Lors de la formation/orientation des membres de COGESITES, le bureau central déploiera ses cadres pour appuyer les sessions animées par les infirmiers titulaires dans les aires de santé.

L'outil élaboré pour les membres du COGESITE s'intitule « Directives pour le COGESITE ». Son contenu traite du rôle du COGESITE et des outils de gestion du site (RUMER, Carnet de commande, Rapport mensuel du site).

Le rôle du COGESITE est enseigné par une discussion guidée, afin d'amener les membres à mieux s'approprier de leur rôle. Dans ce chapitre, quelques thèmes discutés concernent la garde et l'inventaire des Médicaments du site, la gestion des dettes auprès des malades, la gestion des recettes, comment sécuriser les recettes, etc....

Il est recommandé que le COGESITE détienne un certain nombre de documents, qui sont :

- La copie de Micro plan du site de soins (secrétaire, trésorier),
- La copie de la Liste de médicaments, matériel et outils de gestion affectés au site (secrétaire)
- La copie de Rapports d'activités du site (secrétaire et trésorier)
- La copie de Rapport mensuel de stock de médicaments au site (secrétaire, trésorier)
- Le PV de réunions du COGESITE (Secrétaire)
- Le rapport financier des fonds de solidarité communautaire (secrétaire, trésorier)

Briefing du personnel des formations de référence sur les sites et la référence des cas par les sites

a) L'orientation du personnel sanitaire sur les sites.

La mise en œuvre des sites requiert d'abord une orientation de tous les cadres politico-administratifs. C'est à cette première réunion d'orientation qu'il faut faire participer le plus de personnel sanitaire possible de la zone de santé, allant de l'Hôpital aux Centres de santé.

b) La restitution par les cadres et infirmiers formés auprès de leurs collègues.

Après cette première réunion d'info-sensibilisation, il est recommandé à tous les cadres et prestataires de santé formés dans les sites de faire une restitution à leurs collègues de service, notamment sur le processus de prise en charge au site et sur les outils de gestion des sites. (Nous rappelons que les cadres de l'hôpital général de référence font partie de l'équipe cadre de la zone de santé),

c) Réunions de briefing du personnel des formations de référence.

En plus de la restitution aux collègues par les cadres et prestataires formés sur les sites, il est recommandé au médecin chef de zone d'organiser des réunions de briefing dans les formations de référence. Ces réunions de briefing traiteront de l'accueil des cas référés et du remplissage des fiches de référence/contre référence.

Par ailleurs, les formations de référence devraient désigner un responsable dans chaque institution pour la gestion et le suivi régulier des cas référés dans sa structure. Les éléments de ce suivi pourraient être : le bon accueil, le remplissage de la fiche de contre-référence, le nombre des cas référés, la tenue des registres et retransmission aux sites sur la référence à temps/ou tardive, etc.....

L'accueil et la prise en charge des cas référés ont un impact sur la compliance de la référence. Il est important de sensibiliser le personnel des formations de référence à jouer un rôle positif dans l'intervention. C'est pourquoi le personnel qui reçoit les cas référés devrait être briefé sur les fiches de référence et être encouragé à remplir les fiches de contre-référence.

CHAPITRE VI. SUIVI POST-FORMATION

6.1. Planification des suivis post-formation.

Le suivi post-formation fait partie intégrante du processus de formation des relais des sites ; il devra donc être budgétisé avec les sessions de formation pour en assurer la réalisation.

En effet, le suivi post-formation aura comme but, entre autres, de parachever la mise à niveau des relais dans la prise en charge des cas et la gestion des médicaments, et de renforcer l'organisation du site.

a) Nombre de suivis post-formation.

La stratégie en prévoit 3 à raison d'un suivi par mois, après l'installation des relais et entre les suivis successifs.

b) Qui supervise les suivis post-formation ?

Les premiers suivis sont réalisés par les pools des formateurs qui en ont les capacités (avec l'appui du niveau central le cas échéant, surtout au début du processus). En effet, le processus de suivi post-formation nécessite un encadrement et un accompagnement spécifique pour s'assurer que les formateurs détiennent les capacités.

Lorsque les équipes cadres locales auront maîtrisé le processus et que les relais poseraient moins de problèmes, elles pourront poursuivre seules les suivis avec l'appui rapproché du district/province.

L'expérience a montré qu'après 2 suivis post formation bien menés, l'ensemble des relais posent moins de problèmes. Dès le 3ème suivi, si au moins 80% des relais ont maîtrisé le processus, les relais faibles seront identifiés et un suivi particulier sera réalisé à leur égard. Les autres relais rentreront dans le processus de supervision de routine.

c) Annonce des dates des suivis post-formation.

Les dates des suivis post-formation doivent être annoncées à temps aux relais. En effet, il ne faut pas qu'un relais rate un suivi post-formation, qui constitue la suite de son apprentissage. Il en est de même pour tous les cadres et encadreurs qui devront bénéficier d'un entraînement lors de ladite activité.

C'est pourquoi, les dates des 3 suivis post-formation doivent être planifiées d'avance à partir de la session de formation.

Le dernier jour de la session de formation des relais, il faudra leur *annoncer* la date et le lieu de la réunion pour le suivi post-formation. De même, à la fin de chaque réunion de suivi post-formation, il faut *annoncer la prochaine date* à tous les relais, cadres et encadreurs, afin d'éviter les absences possibles.

d) Matériels à apporter

Il est important d'informer les relais sur les matériels et outils à apporter lors des réunions de suivi post-formation.

En effet, si l'information est mal transmise, beaucoup de relais risquent de venir sans les outils nécessaires. Voici ce qu'il faut leur rappeler d'apporter :

- le minuteur
- toutes les fiches de prise en charge qu'ils auront remplies au site
- le registre de consultation
- le RUMER
- le rapport mensuel du site

le BCZS s'arrangera pour apprêter les balances Salter qui seront utilisées par les relais lors de la séance pratique durant le suivi post-formation.

e) Lieu de suivi post-formation

Le lieu de la réunion devra tenir compte de la facilité d'accès des relais des sites au lieu de la réunion. En effet, il s'agit d'une activité d'une journée, qui devra démarrer à temps afin de libérer aussi tôt les relais.

f) Supervision des sites associée aux suivis

Il est recommandé de faire la supervision des sites avant la réunion de suivi post-formation. Une descente sur terrain pour la supervision des sites 1 ou 2 jours avant permet de réunir des informations utiles qui pourront être discutées ensemble lors des suivis post-formation.

Le canevas de supervision de site sera traité au chapitre y relatif.

6.2. Objectifs de suivi post-formation.

Objectif général.

Le suivi post-formation des sites vise à parachever la mise à niveau des capacités des relais des sites, et à faire acquérir des compétences aux formateurs et aux encadreurs pour le suivi-supervision des relais des sites.

Objectifs spécifiques.

Les objectifs spécifiques de suivi post-formation des sites sont les suivants :

- Améliorer les capacités du relais dans la prise en charge des cas;
- Améliorer les capacités du relais dans la gestion des médicaments;
- Améliorer les capacités du relais dans la tenue des outils de gestion;
- Renforcer les capacités des relais dans la manière d'éviter les ruptures de stock des médicaments essentiels
- Renforcer les capacités des relais en matière de conservation des médicaments
- Vérifier la disponibilité des outils permettant les activités du site;
- Renforcer les capacités des équipes des formateurs et des encadreurs des sites dans la supervision du relais de site et dans le dépouillement des fiches de prise en charge en vue de l'assurance qualité des soins.

A la fin de tout le processus de suivi post-formation, l'objectif vise qu'au moins 80% des relais prennent correctement en charge les cas, sous observation des superviseurs. Tandis que pour les équipes cadres et les encadreurs, l'objectif vise que, après au moins deux suivis post-formation, ils puissent maîtriser le processus et le poursuivre seuls.

Une attention particulière doit être accordée dans l'accompagnement de l'infirmier titulaire, qui est l'encadreur immédiat des relais. Il devra être rendu capable de *déceler à temps* les faiblesses des relais et y remédier dès le début. En plus du processus de supervision d'un site, l'infirmier devra être capable de réaliser le dépouillement des fiches de prise en charge du site pour l'assurance qualité des soins.

6.3. Méthodologie de facilitation lors des suivis post-formation

La méthodologie recommandée est l'accompagnement des équipes cadres et des encadreurs. Il faudra donc, dès le premier suivi post-formation, *laisser travailler les cadres et encadreurs locaux en vue d'un entraînement, et les superviser*.

L'approche sera donc de:

- Briefer d'abord les équipes cadres
- Leur **démontrer** l'exécution d'une tâche
- Les **laisser travailler** et les superviser, en les corrigeant au fur et à mesure sans faire percevoir leurs erreurs devant les relais.

La facilitation se fera ainsi de manière à suivre en même temps les performances des relais et la maîtrise du processus par l'équipe cadre et les encadreurs.

6.4. Déroulement des suivis post-formation

Le canevas détaillé sur le suivi post-formation se trouve en annexe de ce guide.

Le déroulement des activités se présente de la manière suivante :

1. Introduction : rappel des objectifs et du déroulement. (30 min)
2. Interview des relais pour la revue de leurs connaissances : sur les signes de danger, le traitement correct de Palu et les signes de déshydratation. (30 min).
3. Répartition des groupes, comprenant les Superviseurs, les encadreurs et les relais (15 min).
4. Recrutement des enfants malades
5. Observation de la prise en charge des cas par les relais et feed-back individuel. (2 heures.)
6. Revue documentaire de toutes les fiches de prise en charge remplies par les relais au site, avec feed-back individuel immédiat. (1 h 00)
7. Revue documentaire de RUMER, registre de consultation, rapport de site (1 heure)
8. Dépouillement des fiches de prise en charge par les cadres et les encadreurs. (1 h00)
9. Vidéo (1 h00)
10. Feed-back général. (1 heure)

L'activité est donc prévue pour une journée. Le respect de l'heure de début est important afin de permettre un encadrement posé des relais et libérer les relais autour de 16 heures.

6.5. Matériels et outils à apprêter pour le suivi post-formation

Voici la liste des matériels et outils à apprêter pour le suivi post-formation des sites :

a) Ce que les relais doivent apporter à la réunion :

- le minuteur
- toutes les fiches de prise en charge qui ont été remplies au site
- le registre de consultation
- le RUMER
- le rapport mensuel du site

b) Ce que l'organisation doit apprêter à la réunion :

- Les fiches de suivi individuel intégré pour chaque relais de site
- Fiches de revue des médicaments et intrants du site
- 3 ou 4 balances Salter
- Carte CPS colorées
- Fiche de dépouillement pour l'évaluation de la qualité de prise en charge
- La logistique Vidéo, y compris la source d'énergie électrique
- Les échantillons des médicaments pour la pratique de la dispensation des médicaments par les relais

Remarque : A la fin de la réunion, l'on s'assurera avoir pris soin de ramasser toutes les fiches de prise en charge remplies par les relais, ainsi que les rapports mensuels des activités des sites.

Les fiches de prise en charge remplies vont servir pour parachever le dépouillement pour l'évaluation de la qualité des soins, ainsi que l'analyse avec l'application informatique.

CHAPITRE VII. SUPERVISION DU SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRE

Les activités des sites de soins communautaires doivent s'intégrer aux autres activités des SSP de l'aire de santé.

7.1. Objectifs

La supervision d'un site vise à améliorer les capacités techniques et logistiques des relais en vue d'un fonctionnement optimal des sites. La responsabilité de la supervision d'un site incombe d'abord à l'infirmier titulaire, et ensuite à l'animateur communautaire du bureau central de la ZS.

Les autres cadres du BCZS, de la province/district ainsi que du niveau central ont la responsabilité de l'accompagnement technique de l'infirmier titulaire ainsi que de l'animateur communautaire de la ZS pour renforcer leur capacité à mieux assurer la supervision des sites.

De façon spécifique, les activités à mener lors d'une supervision de site sont :

- S'assurer de la disponibilité des M.E.G, fiches de prise en charge et autres intrants devant maintenir la fonctionnalité des sites
- Interviewer les mères qui ont fait soigner les enfants au sites afin de s'assurer que le relais a bien conseillé la mère par rapport à la dispensation des médicaments et que la mère reconnaît les signes de danger et a adopté les bonnes pratiques en faveur de la santé de l'enfant.
- s'entretenir avec les comités et la population pour s'assurer de :
 - La tenue régulière des réunions des communautés en vue de :
 - La collaboration entre les relais promotionnels et les relais de sites ;
 - de la prise en compte des sites dans le monitoring des activités au sein du CODESA.
 - De l'amélioration de l'utilisation des sites avec la contribution des CODESA et des autres relais promotionnels
- Evaluer la connaissance des mères sur les signes de danger et la prise des médicaments
- Collecter activement les données et fiches non encore transmises par le relais.

7.2. Supervisions associées ou non aux suivis post-formation des sites.

Il y a en effet 2 contextes différents pour programmer la supervision des sites ; soit que cette supervision précède de 1 à 2 jours la réunion de suivi post-formation ; soit que cette supervision se fait en routine.

Dans le cas où la supervision des sites précède la réunion de suivi post-formation, il n'est pas recommandé de s'atteler sur l'objectif 2 ayant trait au renforcement des capacités en prise en charge et en gestion. Car ces aspects sont pris en compte lors de la réunion de suivi post-formation.

Dans ce cas, la supervision permettra de tirer des informations qui aideront à mieux cibler les problèmes devant être analysés lors de la réunion de suivi post-formation.

Cette supervision ciblera :

- l'organisation du site et la disponibilité des médicaments essentiels génériques et des fiches de prise en charge;
- L'analyse de l'utilisation du site par la communauté ;
- L'entretien avec la population (leaders, COGESITE, relais promotionnels) sur :
- L'utilisation du site
- Leur implication à l'organisation/gestion du site
- Leur implication dans le renforcement des visites de suivi des enfants soignés au site
- Les problèmes rencontrés
- L'entretien avec quelques mères qui ont utilisé le site, sans omettre entre autres la vérification de leur connaissance sur les signes de danger.
- La collecte active des rapports et fiches nécessaires pour les dépouillements et les analyses.

Dans le cas où la supervision des sites se réalise dans la routine, l'objectif 2 fera partie des points de supervision en plus d'autres objectifs.

Cette supervision prendra en compte tous les objectifs énumérés au point 7.1, et le canevas les éléments ci-après :

Le renforcement des capacités du relais en prise en charge et gestion des médicaments du site, comprenant la revue documentaire de toutes les fiches de prise en charge remplies par les relais au site, avec feed-back individuel immédiat.

Observation de la prise en charge des cas par les relais et feed-back individuel. (dans le cas seulement où un enfant malade est présent)

Revue documentaire de RUMER, registre, rapport de site

La vérification de la disponibilité des Médicaments, fiches et autres intrants du site.

La vérification des conditions de conservation des Médicaments

L'entretien avec quelques mères qui ont utilisé le site, sans omettre entre autres la vérification de leur connaissance sur les signes de danger.

L'entretien avec la population (Leaders, COGESITE, Relais promotionnels) sur l'utilisation du site, leur implication à l'organisation/gestion du site, les visites de suivi des enfants soignés au site et les problèmes rencontrés

La collecte active des rapports et fiches nécessaires pour les dépouillements et les analyses.

Remarque :

L'infirmier titulaire (ou l'infirmier superviseur du BCZS) est tenu de faire le dépouillement de \pm 10 fiches de prise en charge remplies par le relais. Si le temps matériel lui fait défaut, ce dépouillement pourra se faire avec les fiches qu'il ramènera au centre de santé.

L'infirmier titulaire est tenu en outre de compiler les rapports d'activités des sites de son ressort, de veiller à leur complétude, avant de les transmettre au bureau central de la zone de santé.

La durée minimale pour une supervision de site prend 3 heures. Ainsi donc, une bonne planification ne peut pas aligner plus de 2 Sites à superviser par jour.

7.3. Renforcement des capacités du BCZS et des infirmiers titulaires en supervision des sites.

Un focus sera mis dans le renforcement des capacités de l'équipe cadre de la zone de santé et des infirmiers titulaires dans la supervision des sites.

A ce titre, les suivis post-formation constituent un cadre efficace pour l'entraînement des équipes de la zone de santé dans la supervision des relais des sites.

En outre, lors des supervisions périodiques que le niveau intermédiaire et central effectueront dans la zone de santé, ils devront bien accompagner l'équipe du bureau central pour l'acquisition des bonnes capacités en supervision, et s'assurer aussi que le bureau central encadre suffisamment les infirmiers titulaires pour les aider à accomplir leurs tâches vis à vis des sites.

En plus des capacités techniques, les capacités logistiques devront être assurées aux équipes cadres de la zone de santé, en vue de leur permettre de mieux accompagner les infirmiers titulaires à superviser les sites.

7.4. Rappel sur le rôle de l'animateur communautaire (AC)

Nous tenons à rappeler l'importance des supervisions logistiques que l'animateur communautaire devra assurer dans la mise en œuvre des sites. En effet, l'animateur communautaire est le point focal pour les sites et donc l'œil attitré du bureau central de la zone de santé pour toutes les activités à base communautaire.

Il faut par ailleurs souligner que l'AC doit planifier ses supervisions aux sites avec l'infirmier titulaire. Dans le cas où l'infirmier titulaire ne l'a pas accompagné au site, l'AC est tenu de tenir informé l'infirmier titulaire sur les conclusions de sa supervision.

En effet, l'AC doit s'assurer que les sites fonctionnent régulièrement, que les intrants sont disponibles, que les relations avec la communauté sont bonnes, que le site est utilisé par la communauté, et que le relais fait bien les visites de suivis des enfants soignés au site, et que les rapports mensuels et les fiches de prise en charge sont régulièrement collectées pour les dépouillements et les analyses.

L'AC, en plus du fonctionnement régulier des sites, doit aussi veiller à la complétude et à la promptitude des données pour le SNIS.

L'AC est tenu donc mensuellement de compiler les données des sites provenant des centres de santé et de les mettre à jour à l'intention du bureau central. (voir en annexe le modèle de formulaire de synthèse des données pour la zone de santé).

7.5. Fréquence des supervisions

- L'infirmier titulaire du centre de santé doit superviser le site chaque mois. Au début de la mise en œuvre, si les relais ont beaucoup de problèmes, l'infirmier titulaire pourra faire des supervisions plus rapprochées, soit en allant lui-même sur terrain, soit en invitant le relais au centre de santé pour le suivre selon le modèle du suivi post-formation.

Pour faciliter son travail, il est recommandé à l'infirmier titulaire d'entraîner ses collaborateurs au centre de santé pour l'épauler dans ou le remplacer en cas d'absence.

- La supervision du bureau central de la zone de santé vers l'infirmier titulaire et le site des soins communautaires se fera une fois par mois au début de la mise en œuvre. Et plus tard, le focus sera mis sur les sites à problème pour des supervisions plus rapprochées. Là où les choses marchent assez bien, le calendrier des supervisions s'alignera dans le plan de supervision de routine du bureau central.

- o Les supervisions du niveau central, provincial et du district en direction de la zone de santé, de l'infirmier titulaire et du site des soins communautaires se feront selon les normes sanitaires, de façon trimestrielle ou semestrielle.

7.6. Procédures et outils de supervision

Avant toute descente sur le terrain, l'Infirmier (ou tout autre superviseur) devra revoir :

- les derniers rapports afin de déterminer les points sur lesquels s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations et recommandations.
- la fiche de suivi individuel intégré du relais
- les résultats de dépouillements des fiches de prise en charge pour identifier les points faibles.

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

Voici donc les outils que le superviseur devra apprêter pour la supervision du site :

- Le cahier de supervision (contenant le rapport de la supervision précédente)
- la fiche de suivi individuel intégré du relais (contenant les informations successives)
- La fiche de dépouillements des fiches de prise en charge (contenant les résultats antérieurs)
- la fiche de supervision sur les médicaments essentiels
- La fiche de collecte pour les données du rapport mensuel de site.

Utilisation des données

Les données provenant des différents rapports et supervision et suivi post-formation permettront de tirer les conclusions sur les objectifs poursuivis par la mise en œuvre des sites des soins communautaires.

Un outil informatique est en cours de développement pour améliorer la gestion des données provenant des sites des soins communautaires.

CHAPIRE VIII : DEPOUILLEMENT DES FICHES DE PRISE EN CHARGE POUR L'ASSURANCE QUALITE DES SOINS

(Voir fiche de dépouillement page 81)

Objectifs:

- Analyser les fiches de prise en charge des cas remplies par les relais des sites en vue de l'Assurance Qualité des soins.
- Identifier rapidement les points faibles des relais en vue de prendre rapidement des mesures correctrices (notamment avec les taches mal exécutées et représentées par les « NON » sur la Fiche de dépouillement)
- Suivre les progrès des relais dans la mise en œuvre.

Qui remplit la fiche de dépouillement ?

- L'infirmier Titulaire formé en PCIME et en sites des soins communautaires, ainsi que les cadres de BCZS, District/Province et niveau central appelés à accompagner l'infirmier titulaire dans l'encadrement des sites
- Il faudrait explorer la possibilité pour l'animateur communautaire du BCZS de regarder les aspects de complétude lors de sa supervision.

Quand remplir la fiche ? Les opportunités incluent :

- Lors des supervisions.
- Lors des activités de suivi post-formation et de recyclage.
- Lors du dépouillement systématique.

Remarque : vu la complexité du dépouillement, il est recommandé de ne pas associer le relais au dépouillement des fiches qu'il a remplies, mais de lui donner seulement le feedback sur les endroits où il a commis des fautes sur la fiche de PEC.

Cela dit, lorsque l'IT et/ou le cadre de santé est en supervision, la recommandation est d'abord de parcourir ensemble avec le relais toutes les fiches PEC que ce dernier a remplies, afin de lui donner un feed-back immédiat sur les fautes commises et de le féliciter pour les tâches bien accomplies.

L'IT et/ou le cadre de santé dépouilleront ensuite rapidement au minimum 10 fiches PEC en vue de mieux percevoir les faiblesses du relais dans l'ensemble et cibler les points sur lesquels mettre le focus lors des

supervisions prochaines. L'IT ou le superviseur pourra alors trier les fiches parmi celles ayant une toux/ rhume ou un signe de danger. En effet, les fiches avec toux/rhume présentent l'avantage de passer en revue comment le relais a rempli l'intégralité des problèmes de l'enfant, notamment : les signes de danger, la toux/rhume, la diarrhée, la malnutrition, le rattrapage et les autres problèmes.

Le reste des fiches seront ramenées au bureau central de la zone de santé pour la saisie dans l'application informatique en vue de l'analyse automatique de la qualité de prise en charge dans les sites des soins communautaires.

Identité du Relais qui est concerné.

Il est préférable de faire le dépouillement en indiquant le relais qui a pris en charge l'enfant, et séparer les fiches relais par relais. Dans 1 site, il faut s'assurer que les 2 relais prennent indistinctement en charge les enfants malades, chacun à son tour. Ceci permet de cibler les relais à problème ainsi que leurs déficiences particulières. C'est pourquoi, dans chaque site, il est recommandé au relais qui a pris en charge un enfant malade de mentionner son nom au-dessus de la fiche PEC à l'endroit destiné pour cela.

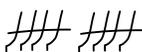
2 colonnes pour le dépouillement :

Il y a 2 colonnes : une colonne de **OUI** et une colonne de **NON** (représentées par **0** et **N**)

L'IT ou le superviseur coche sur la colonne de OUI si le relais a bien fait, et sur la colonne de NON s'il a mal fait.

Comment cocher et remplir la fiche de dépouillement ?

On coche seulement au fur et à mesure, que l'on progresse sur la fiche de dépouillement, en regardant les items concernés sur la fiche PEC remplies par le Relais.

Et si ça totalise 5, on barre : par exemple : 

Quand on a fini de dépouiller, on doit inscrire le nombre total de résultat, en entourant le chiffre. Comme pour l'exemple ci-haut, le total donne 10. Et l'on écrira :



Les mois successifs.

La fiche de dépouillement est élaborée pour 6 mois en raison d'espace. Mais le relais devant être suivi pendant 12 mois, il faut donc prendre une 2^e fiche pour la suite de l'année. Et, il faut chaque fois indiquer le mois au cours duquel le relais a rempli les fiches PEC qui sont en train d'être dépouillées. Par exemple : MARS 2007.

Le mois 1, le mois 2, etc....

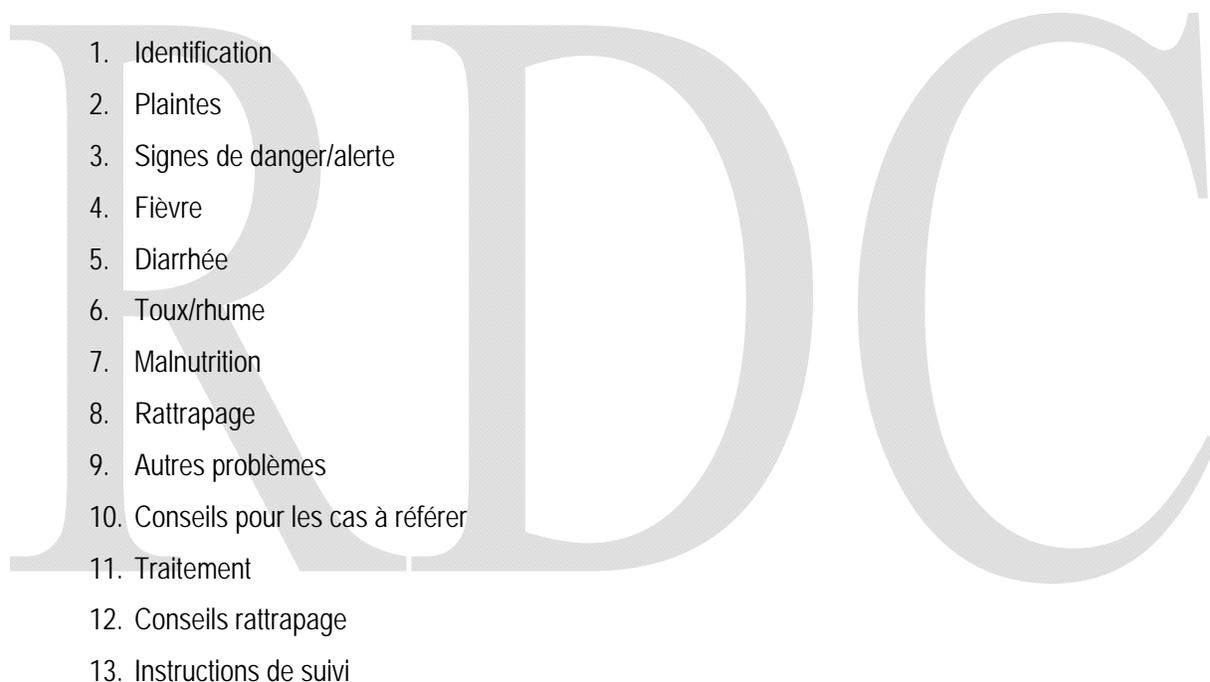
C'est le mois 1 d'activité du relais, et non le mois de calendrier romain. Le mois 2, c'est le 2^e mois d'activité, ainsi de suite.

Indiquer le mois de l'année

Le mois 1 ou 2 etc.... correspondent aux mois de calendrier romain, soit Avril, Mai, etc..., selon les dates effectives où le relais a travaillé et qu'il a mentionné sur les fiches de prise en charge.

COMPLÉTUDE DE LA FICHE DE PEC PAR SECTION ET MOIS DEPUIS L'ENTRÉE EN FONCTION

Ici, on analyse la complétude de remplissage de la fiche de prise en charge, item par item. On parcourt toute la fiche, et on voit si le relais a bien rempli les sections de la fiche ci-après :

- 
1. Identification
 2. Plaintes
 3. Signes de danger/alerte
 4. Fièvre
 5. Diarrhée
 6. Toux/rhume
 7. Malnutrition
 8. Rattrapage
 9. Autres problèmes
 10. Conseils pour les cas à référer
 11. Traitement
 12. Conseils rattrapage
 13. Instructions de suivi

Rappel :

Le Relais pendant son évaluation doit avoir progressivement coché sur le OUI ou le NON.

NON

OUI

Et pour un symptôme absent, il doit cocher sur le non avant de sauter.

REMARQUES

1. A ce stade de l'évaluation de la COMPLETUDE DU REMPLISSAGE de la fiche PEC par le Relais, NE PAS ENCORE JUGER si le relais a bien ou mal rempli, car vous jugeriez ainsi la qualité (ceci suivra après). Maintenant, préoccupez-vous seulement du fait que le relais a rempli ou n'a pas rempli.
2. Si le relais a arrêté son examen devant un signe de danger ou d'alerte, arrêtez-vous avec lui voyez s'il a donné un traitement/action avant de référer.
3. Pour le verso de la fiche, concernant le traitement, voyez si le relais a *entouré* un traitement, sans juger encore si ce traitement a été correct ou non.
4. De même pour les cas à rattraper, le relais entourera seulement s'il avait coché au recto que le cas devait être rattrapé.
5. Il y a une difficulté sur les AUTRES PROBLEMES. La fiche n'a pas donné la possibilité au relais de cocher oui ou non. Là, il n'y a qu'une seule possibilité : le relais cochera seulement s'il a identifié un problème. Ainsi donc, pour ce point, le superviseur n'a la possibilité que de cocher OUI.
6. Pour ce qui concerne les INSTRUCTIONS DE SUIVI. Cette partie n'est remplie par le relais que si l'enfant malade est revenu au RDV. Si l'enfant n'a pas été revu lors d'un suivi, et que donc cette partie du verso de la fiche est VIDE, le superviseur doit aussi laisser le VIDE au sujet des instructions de suivi. (car le relais n'a rien écrit, et on ne sait pas s'exprimer s'il sait remplir cette partie ou non).
Ce n'est donc que quand le relais A COMMENCE à REMPLIR CETTE PARTIE que l'on peut analyser la complétude de remplissage de cette partie.
Pour les INSTRUCTIONS DE SUIVI (que la mère soit revenue elle-même au RDV ou que le relais ait effectué une visite à domicile pour suivre l'enfant), les tâches critiques à vérifier pour apprécier la complétude sont les suivant :

- Est-ce que le relais a vérifié tous les signes de danger chez l'enfant ?
- Si l'enfant avait une toux/rhume lors de sa 1^{ère} visite, lorsque le relais a revu l'enfant à la visite de suivi, a-t'il recompté le nombre mouvements respiratoires ?

STATUT NUTRITIONNEL CORRECT

A partir de maintenant, commence le jugement du superviseur.

Est-ce que le statut nutritionnel mentionné par le relais, correspond-il à la couleur exacte de la carte de poids pour l'âge ?

Ceci veut dire que le superviseur devra aussi avoir cette carte en face de lui.

Difficulté : il est possible que le relais n'ait pas mentionné le poids de l'enfant ni le statut nutritionnel par carence de balance (et /ou en l'absence d'une carte de pesée récente où le relais aurait pu se référer).

Dans ce cas, laisser un vide et ne pas évaluer cet item.

CONCORDANCE ENTRE SIGNES/SYMPTOMES ET CLASSIFICATION

Il est question d'analyser si la classification concorde avec les signes/symptômes que le relais a évalué ou entouré.

Par exemple, les signes/symptômes indiquent un cas à référer mais le relais a classifié comme un cas simple, ou le contraire.

Il s'agit donc d'analyser à tour de rôle les problèmes suivants :

1. Fièvre. Est-ce qu'il y a concordance entre les signes/symptômes et la classification ? En fait, nous voulons voir le relais entourer d'abord les signes qu'il a observés, afin de cocher la classification qu'il a retenue. Nous voyons donc la concordance à ce niveau. Mais, il existe une autre éventualité où le relais classe mal : c'est le cas où il a coché une classification, sans au préalable avoir entouré les signes correspondants qui l'ont fait décider sur cette classification.
2. Diarrhée. Est-ce qu'il y a concordance entre les signes/symptômes et la classification ? La démarche est la même comme pour la fièvre.
3. Pneumonie. Est-ce qu'il y a concordance entre les signes/symptômes et la classification ? La démarche est la même comme pour la fièvre, mais avec une PARTICULARITE :
 - Nous devons nous assurer que le relais a mentionné dans la case correspondante LE NOMBRE de MOUVEMENTS RESPIRATOIRES qu'il a comptés chez l'enfant
 - Qu'il a pris la bonne décision qu'il s'agit d'une RESPIRATION RAPIDE ou NORMALE (en rapport avec l'âge de l'enfant), pour décider ainsi qu'il s'est agi de la PNEUMONIE ou d'une TOUX/RHUME.
4. Fièvre + Pneumonie. Pour ici, l'enfant a présenté la classification de la FIEVRE en plus de celle de la PNEUMONIE. (les 2 cas ont-ils eu une concordance ?). Ici, on retient OUI si le relais a eu une bonne concordance pour les 2 cas en même temps, c'est-à-dire FIEVRE et PNEUMONIE, et Ici, on mentionne NON si le relais a eu une bonne concordance pour les 2 cas en même temps, ou qu'il a bien fait pour la FIEVRE et a mal fait pour la PNEUMONIE ou vice versa.
5. Toux/rhume. Est-ce qu'il y a concordance entre les signes/symptômes et la classification ? La démarche est la même comme pour la fièvre.
6. Malnutrition. Est-ce qu'il y a concordance entre les signes/symptômes et la classification ? La démarche est la même comme pour la fièvre.

Remarque :

- Laisser un vide (ou sauter et ne rien juger) si l'enfant n'a pas été concerné par cette pathologie.
- **MAIS**, si à l'arrivée, la mère a signalé cette plainte pour son enfant, et que le relais ne l'a pas évalué/classé, c'est une faute.
- Nous rappelons aussi que l'évaluation de la malnutrition et du rattrapage est systématique. Notez une faute si le relais n'a pas évalué/classé ces problèmes.

CONCORDANCE ENTRE CLASSIFICATION ET TRAITEMENT/ACTION

Au cas par cas, analyser le traitement/ action que le relais a entouré sur sa fiche, vérifier si cela concorde avec la classification retenue. A ce stade, vérifie seulement le NOM DU MEDICAMENT / et ou l'ACTION qu'il a entouré, sans se préoccuper encore de la dose selon l'âge de l'enfant.

Notez une particularité ici : nous avons ajouté la classification du *Signes de danger/alerte*. Car cette classification a une conduite pour la référence indiquée au verso de la fiche.

De la sorte, sur la liste des problèmes à analyser au cas par cas, il y a :

1. Signes de danger/alerte
2. Fièvre
3. diarrhée
4. Pneumonie
5. Fièvre + Pneumonie
6. Toux/rhume
7. Malnutrition

Quels sont les traitements/actions qu'il faut considérer dans cette évaluation de la qualité de PEC ?

- a) Pour le paludisme, la diarrhée et la toux/rhume, on considérera les MEDICAMENTS que le relais a entourés
- b) Tandis que pour la MALNUTRITION, on considérera les MEDICAMENTS et les CONSEILS.

Remarque :

- N'oubliez pas de laisser un vide pour les problèmes non concernés chez l'enfant.
- Il faut considérer seulement les traitements pour les classifications RETENUES PAR LE RELAIS. Ne pas porter un jugement sur la qualité de traitement pour une plainte signalée par la mère au départ, mais que le relais n'a pas pu classer dans la suite.

CONCORDANCE ENTRE AGE ET LA DOSE DES MEDICAMENTS

Il est question de voir ici, si chaque dose de médicament que le relais a entourée correspond bien à l'âge qu'il a mentionné dans la partie identification de l'enfant.

Vérifiez cela pour toutes les classifications retenues par le relais entouré sur sa fiche de PEC.

VISITE DE SUIVI DU MALADE RECOMMANDEE

Ici, notez seulement si l'enfant été revu au suivi OUI ou NON.

CONCORDANCE ENTRE SIGNES/SYMPTOMES, CLASSIFICATION ET ACTION LORS DU SUIVI

Pendant cette visite de suivi, nous nous préoccupons de 2 choses :

1. Signes de danger et alerte. Est-ce que le relais a bien réévalué les signes de danger/alerte OUI ou NON
2. Toux/rhume. Lors de sa première visite, si l'enfant avait présenté le symptôme toux/rhume (pneumonie y compris), est-ce que Relais a de nouveau **compté les mouvements respiratoires** de cet enfant, OUI ou NON ? A-t'il pris la bonne décision après recomptage des Mvts respiratoires ?

Remarque :

Ne rien noter sur toux/rhume lors du RDV de suivi si l'enfant n'avait pas présenté ce symptôme lors de sa première visite au site.

CHAPIRTRE IX : COMITE DE GESTION DES SITES DES SOINS COMMUNAUTAIRES

8.1. Le rôle du COGESITE

Les points développés dans cette partie devront faire l'objet d'une DISCUSSION GUIDEE et non d'un exposé devant les COGESITES. Ces discussions amèneront à un consensus. Il appartiendra au facilitateur de leur rappeler un rôle qu'ils auront omis.

Il faudra discuter avec les participants comment pensent-ils prendre des initiatives dans le sens d'améliorer les activités au niveau de leur village.

8.1.1. Définition :

Le COGESITE est le comité de gestion de site de soins communautaires.

Il comprend des représentants des villages qui composent le site de soins communautaires élus lors d'une réunion tenue avec la communauté et ses leaders en présence de l'infirmier titulaire qui assurera la modération.

Les membres du COGESITE proviennent des différents villages qui forment un site des soins communautaires. Ils sont élus lors d'une réunion tenue avec la communauté et ses leaders.

La composition du COGESITE est la suivante :

1. Président du comité
2. Secrétaire
3. Trésorier
4. 3 membres

La fonction du président du COGESITE est incompatible avec celle du président du CODESA ou CODEV.

8.1.2. Rôles

1. Contrôler la gestion des relais dispensateurs des soins au site, notamment :
 - Procéder à l'inventaire mensuel des médicaments gérés par le relais de site :
 - Procéder au contrôle des recettes du site
 - Vérifier et contresigner le RUMER (registre d'utilisation des médicaments essentiels et des recettes).
 - Vérifier et contresigner les rapports mensuels de site
2. Participer à la préparation de la commande des médicaments et contresigner le bon de commande des médicaments
3. Garder les recettes ainsi que d'autres ressources du site
4. Réceptionner les commodités du site (médicaments et autres matériels du site comme un récipient pour l'eau, des tasses ou verres pour la première prise):
5. Assurer la motivation des relais des sites
6. Elaborer les conditions d'accès aux médicaments des nécessiteux et de recouvrement des dettes
7. Assurer le recouvrement des fonds selon les arrangements
8. Assurer la mise en place d'un plan de transport fonctionnel pour les cas urgents
9. Déclarer aux réunions de COGESITE les cas des décès d'enfants de moins de 5 ans dans les villages composant le site, en vue du rapportage dans les données mensuelles du site.
10. Gérer les fonds de solidarité
11. Appuyer les activités de sensibilisation des relais promotionnels sur :
 - l'utilisation de site
 - la vulgarisation des prix des médicaments
 - le paiement des dettes des médicaments
 - la collecte des fonds de solidarité
 - le dénombrement au niveau des villages du site (chaque année, à l'aide d'un cahier ou registre du village)
12. En matière des réunions :
 - Organiser les réunions mensuelles où seront analysés les rapports mensuels des sites
 - Prendre part aux réunions du comité de développement de l'aire de santé (CODESA)

8.1.3. Clarifications des rôles :

Dans la garde de médicaments.

- Il a été recommandé de donner des quantités limitées aux relais des sites (stock de 2 mois en tenant compte des besoins mensuels de chaque site), en vue de la bonne conservation et de l'inventaire. Et ces médicaments sont gardés dans les caisses appropriées à cet effet. .
- L'inventaire devra se faire par le COGESITE ; il faut absolument maintenir les conditions d'hygiène lors de la manipulation des Médicaments.

Appropriation des rôles.

Discuter avec les participants afin de comprendre la nuance qu'il y a entre participer à une activité et jouer le premier rôle.

Pour cela, il faut qu'ils arrivent à déterminer pour chaque tâche :

- qui fait quoi
- Où
- Comment.
- Quand.

8.1.4. Gestion des dettes :

Le COGESITE est responsable de la gestion des dettes au niveau du site.

Pour ce faire, son rôle est le suivant :

- Sensibiliser la population pour le paiement des dettes
- Négocier le paiement des dettes en nature
- S'occuper de la vente des produits de paiement en nature selon un règlement concerté
- Verser les fonds obtenu par la vente des produits en nature auprès du trésorier.
- Recouvrer dans les ménages les dettes des soins en faveur du site.

Discussions à mener avec les participants sur :

1. Que faire pour éviter les situations malheureuses possibles qui peuvent arriver lors de recouvrement des dettes, par exemple :
 - Les gens ne payent pas et le stock de médicaments au site diminue
 - Les gens qui ont des dettes fuient le site et ne viennent plus par peur qu'on leur réclame les dettes

- Le membre de COGESITE rencontre des conflits ou confrontations dans la communauté lors de la collecte des dettes.
2. Que pensez-vous d'un règlement d'ordre intérieur élaboré au COGESITE pour la gestion des dettes ? Qui doit l'élaborer ? Comment l'élaborer ? A quelle échéance ?
 3. Qui, dans le COGESITE, doit être responsable pour le recouvrement des dettes ? Devra-t-il le faire seul ou obtenir le concours des autres membres de COGESITE ? Comment et avec quelle périodicité le COGESITE aura le rapport sur le paiement des dettes ?
 4. Comment pensez-vous négocier le paiement des dettes en nature ? Qui se chargerait de la vente des produits en nature ?

8.1.5. Gestion des fonds de solidarité :

Les fonds de solidarité proviennent des activités communautaires et visent à améliorer leur niveau de vie ainsi qu'à motiver le relais. Ces fonds peuvent constituer un précurseur à une mutuelle de santé.

Les fonds de solidarité serviront à l'utilité communautaire, selon les besoins fixés de commun accord au sein du Comité.

Il faudra, lors de la formation, donner des exemples d'expériences des fonds de solidarité et des mutuelles,

Il faudra discuter avec les participants de la manière dont cela peut être concrétisé, notamment par exemple :

- Les modalités de collecte (exemple : fonds produits par la vente des produits collectés en nature, fonds produits par l'élaboration des champs agricoles, etc....)
- Comment cela va fonctionner ?
- Qui va superviser, etc.....

Les Fonds de solidarité seront gérés par les mécanismes fixés par le règlement d'ordre intérieur élaboré par les membres du COGESITE avec l'aide du bureau central de la zone de santé.

Le décaissement des fonds sera justifié par une utilisation au profit de la communauté. Le document de sortie des fonds sera contresigné par le président du COGESITE ainsi que le trésorier, après autorisation de l'ensemble du comité de gestion de site.

8.1.6. Comment sécuriser les recettes ?

Discuter avec les relais comment ils pensent sécuriser les recettes, quel sera le rythme de versement, qui va garder les recettes, comment incorporer cela dans le règlement d'ordre intérieur.

8.2. Les outils de gestion du site

NB : L'intérêt de cette partie est de donner aux membres la compréhension sur les documents qu'ils vont vérifier et contresigner avec le Relais du Site.

Discuter avec eux sur la périodicité de vérification et signature des dits documents, que nous envisageons mensuelle et à chaque commande et arrivage.

La technique de facilitation pour ces outils est la même que celle décrite pour le relais du site..

Documents / Outils à détenir par le COGESITE

- Copie de Micro plan du site de soins (secrétaire, trésorier)
- Copie de la Liste de médicaments, matériel et outils de gestion affectés au site (secrétaire)
- Copie de Rapports d'activités du site (secrétaire et trésorier)
- Copie de Rapport mensuel de stock de médicaments au site (secrétaire, trésorier)
- PV de réunions du COGESITE (Secrétaire)
- Rapport financier des fonds de solidarité communautaire (secrétaire, trésorier)

RDC

ANNEXES

ANNEXE 1 : OUTILS DE GESTION DES SITES

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé

REGISTRE DE CONSULTATION AU SITE

Date	N°	Nom et Prénom	Age	Sexe	Nom de la mère	Village	Statut				Classification	Traitement	Prix	Observation
							Poids	CPS	Vit A	vaccin				

(tracer sur une page double dans un cahier modèle lors de la formation)

RUMER

Noms des médicaments	Stock initial	Entrées dans le mois			Total disponible	Sorties journalières											Sorties du mois	Stock fin du mois	Inventaire physique	Valeur du stock
						1	2	3	4	5	27	28	29	30				
S P 500/25 mg																				
Artesunate-amodiaquine																				
Quinine gouttes 2 %																				
Paracétamol 500 mg																				
SRO																				
Zinc cés 20 mg																				
Mebendazole 100 mg																				
Cotrimoxazole 400/80mg																				
Condom																				
Recettes perçues au cours de la journée																				
Versement au trésorier																				
Observations																				
Signature																				

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé

CARNET DE COMMANDE / REQUISITION

Zone de santé :

N° de commande :

Date :

Site de soins communautaire de :

Commande effectuée à :

Par :

Commande approuvée par :

Signature :

N°	Nom des médicaments	CMM	Quantité		Prix unitaire		Prix total	
			Comman dée	Livrée	Comman dé	Livré	Comma ndé	Livré
1	S P 500/25 mg							
2	Artesunate-amodiaquine							
3	Quinine gouttes 2 %							
4	Paracétamol 500 mg							
5	SRO							
6	Zinc cés 20 mg							
7	Mebendazole 100 mg							
8	Cotrimoxazole 400/80mg							
9	Condom							
10								
PRIX TOTAL								

Somme reçue FC : (en toute lettres)

Date de livraison :

Prénom, nom et signature du gérant de dépôt :

Prénom, nom et signature de l'agent de santé :

ANNEXE 2 : FICHE DE PRISE EN CHARGE

République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE. N° FICHE.....

DATE :...../...../..... NOM DU RELAIS DE SITE.....

ZONE DE SANTE DE :..... CENTRE DE SANTE DE SITE DE :.....

1. IDENTIFICATION

Noms Nom de la mère..... Adresse.....

Sexe M F Age PoidsKg Statut nutritionnel de l'enfant Vert Jaune Rouge

2. PLAINTES (cocher NON ou OUI)

Depuis combien de Jours Traitement reçu à domicile

Fièvre..... NON OUI jours
 Diarrhée..... NON OUI jours
 Toux ou Rhume... NON OUI jours

SPECIFIER pour les autres plaintes.....

3. RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER ou d'ALERTE (REFERER si OUI)

DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI	DEMANDER, RECHERCHER	cocher	NON	OUI
Nourrisson de 1 Sem à 2 mois amené au SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anémie ou pâleur palmaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Respiration difficile avec tirage ou sifflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est-il incapable de boire ou de téter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Toute maladie qui dure 15 jours ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	L'enfant est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il convulsé ou convulse maintenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	L'enfant est très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4 FIEVRE (= Chaud au toucher ou antécédents de fièvre dans les 2 jours) NON OUI (cocher)

à REFERER si :
 - Fièvre qui continue après 2 jours de traitement à domicile avec Artésunate + Amodiaquine et Paracétamol, (ou SP + paracétamol en l'absence de Art + AQ)
 - ou Fièvre avec éruptions cutanées généralisées

NON OUI FIEVRE à REFERER

FIEVRE à traiter au site
 Tous les problèmes ci-haut sont absents, NON OUI PALUDISME

5 DIARRHEE (= Selles liquides 3 fois par jour ou plus) NON OUI (cocher)

à REFERER si :
 - Signes de déshydratation (yeux enfoncés, assoiffé, pli cutané s'efface lentement, enfant agité), ou
 - Sang dans les selles, ou
 - Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)

NON OUI DIARRHEE à REFERER

DIARRHEE à traiter au site
 Tous les problèmes ci-haut sont absents NON OUI DIARRHEE simple

6 TOUX ou RHUME NON OUI (cocher)

Mvts respiratoires= Nbre par Minute (Ecrivez)

La RESPIRATION est RAPIDE
 - 50 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de moins de 1 an
 - 40 Mvts respiratoires ou (+) chez l'enfant de 1 an et plus NON OUI PNEUMONIE

La RESPIRATION est NORMALE
 - moins de 50 Mvts respiratoires chez l'enfant de moins de 1 an
 - moins de 40 Mvts respiratoires chez l'enfant de 1 an et plus NON OUI TOUX ou RHUME

7 MALNUTRITION (les points 7, 8,9 sont à rechercher chez tout enfant)

MALNUTRITION SEVERE à référer
 - Amaigrissement visible et sévère,
 - ou Œdèmes aux membres inférieurs. NON OUI MALNUTRIT° Sévère

MALNUTRITION légère
 Ou Enfant à risque
 - Poids faible pour l'âge :
 - Dans la bande JAUNE, ou
 - poids stationnaire ou qui baisse après 3 pesées successives NON OUI MALNUTRITION LEGERE ou Enf à Risque

PAS DE MALNUTRITION
 - Poids normal (Zone VERTE),
 - pas de signes de malnutrition NON OUI PAS de MALNUTRITION

8. STATUT VACCINAL et pour CPS & Vit A CARTE CPS VUE. NON OUI (cocher)

- L'enfant a-t'il un problème avec les pesées NON OUI Rattrapage NON OUI

- L'enfant a-t'il un problème avec la vaccination NON OUI Rattrapage NON OUI

- L'enfant a-t'il un problème avec la Vit A NON OUI Rattrapage NON OUI

9 AUTRE PROBLEME TOUT AUTRE PROBLEME (à référer) AUTRE:Référez

10. CAS REFERE NON OUI

CONSEILS POUR LES CAS A REFERER AU CS INTEGRE

- Si l'enfant peut téter ou boire, continuer à téter en route (ou lait exprimé à la tasse) ou donner de l'eau sucrée si enfant sevré
- NOURRISSON de 1 Sem. à 2 mois: le maintenir au chaud
- SI FIEVRE : Paracétamol (1/2 Co à moins de 3 ans, 3/4 Co enf 3-5 ans) + bain à l'eau ordinaire ou enveloppement humide de la tête en cas de forte fièvre.
- SI DIARRHEE : donner fréquemment des gorgées de SRO avec la tasse, (même si allaitement exclusif)

NB:REMPILIR LA FICHE DE REFERENCE ET REFERER

11. TRAITEMENT

<p>TRAITEMENT DE LA FIEVRE/PALUDISME</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) ANTI PALUDIQUÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2-6 mois : QUININE gtttes 20%(1 gttte/kg de poids, 3 fois par jour, pdt 7 jours) • Enf 7-11 mois : Art 1/2 Co + AQ 1/2 Co, pdt 3 jrs (TOT 1 1/2 Co Art + 1 1/2 Co AQ) • Enf 12-59 mois : Art 1 Co + AQ 1 Co, pdt 3 jrs <p>Remarque : En cas d'absence d'ART+AQ, donner la SP selon la posologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2-11 mois : SP 1/2 Co à dose unique, 1 seul jour • Enf. 1-2 ans: SP 3/4 Co à dose unique, 1 seul jour. • Enf. 3-5 ans: SP 1 Co à dose unique, 1 seul jour <p>b) Paracétamol Co 500 mg: (4 fois/jour).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf de moins de 3 an : 1/2 Co, pdt 2 jours (TOT 4 Co) • Enf plus de 3 ans, 3/4 Co, pdt 2 jours (TOT 6 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 1</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>	<p>TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) SRO (au moins 2 sachets) ou autres liquides recommandées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/2 verre de SRO à chaque selle: Enfant < 2 ans • 1 verre de SRO à chaque selle: Enf. 2 ans et plus (Si Vomissement: attendre 10 min. puis redonner) <p>b) Mébendazole : ou 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jours (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>c) Zinc Co pdt 10 jours, à raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/2 Co 20 mg, enf de moins de 6 mois (TOT : 5 Co) • 1 Co 20 mg, enf de 6 mois et plus (TOT : 10 Co) <p>2) Conseils : Voir CARTE 2</p> <p>3) RDV après 2 jours</p>
<p>TRAITEMENT DE PNEUMONIE ET DE TOUX/RHUME</p> <p>1) PNEUMONIE :</p> <p>a) COTRIMOXAZOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enf 2 mois-6 mois: 1/4 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 2 1/2) • Enf 6 mois-3 ans: 1/2 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 5 Co) • Enf 3 ans -5 ans: 1 Co 2 fois par jr pdt 5 jrs (TOT 10 Co) <p>b) Remède contre la toux : Jus de citron (dilué) ou miel Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>2) TOUX OU RHUME SIMPLES :</p> <p>a) Remède contre la toux (Jus de citron ou miel dilué)</p> <p>b) Si fièvre : Voir traitement de Paludisme.</p> <p>3) Conseils : Voir CARTE 3</p> <p>4) RDV après 2 Jours</p>	<p>PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION LEGERE</p> <p>1) Médicaments</p> <p>a) Mébendazole : 1 Co de 100 mg 2 fois par jour pdt 3 jrs (TOT 6 Co) (ou 1 Co 500 mg dose unique dès âge de 1 an)</p> <p>b) Fer 1 Comprimé par jour pendant 1 mois (TOT 30 Co)</p> <p>2) Conseils : Voir CARTE 4</p> <p>3) RDV après 2 Jours pour vérifier l'application des conseils donnés, puis RDV après 7 jours</p>

12. RATTRAPAGE (Voir Statut vaccinal & CPS & Vit A, et conseils pour rattrapage si nécessaire)

Dans tous les cas, encourager la mère à poursuivre les pesées, la vaccination et la supplémentation en Vit A au CS

13 VISITE DE SUIVI EFFECTUEE? NON OUI

<p>A POSSIBILITE n°1:</p> <p>La mère de l'enfant est revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher si:</p> <p>a. Revenue selon le RDV fixé <input type="checkbox"/></p> <p>b. Revenue immédiatement suite à l'aggravation de la santé de l'enfant <input type="checkbox"/></p>	<p>POSSIBILITE n°2:</p> <p>La mère n'est pas revenue <input type="checkbox"/></p> <p>Cocher pourquoi elle n'est pas revenue:</p> <p>a. Consultation de tradi-praticien ou traitement traditionnel <input type="checkbox"/></p> <p>b. Manque d'argent <input type="checkbox"/></p> <p>c. Enfant amélioré <input type="checkbox"/></p> <p>d. Activités de mère: vendeuse, champs, travail, maladies en famille. <input type="checkbox"/></p> <p>e. décès <input type="checkbox"/></p> <p>f. autres causes: <input type="checkbox"/></p>																																																
<p>B L'ETAT DE L'ENFANT EST-IL AGGRAVE ? (Demander à la mère) <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI (cocher) SI OUI, REFERER</p>																																																	
<p>C L'ENFANT A-T'IL UNE NOUVELLE PLAINTÉ ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, PRENDRE UNE NOUVELLE FICHE</p>																																																	
<p>D RECHERCHER LES SIGNES DE DANGER et d'ALERTE REFERER SI PRESENCE D'UN SEUL SIGNE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>OUI</th> <th></th> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• L'enfant incapable de boire ou de téter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Fièvre qui persiste malgré traitement</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A convulsé ou convulse maintenant</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Signes de déshydratation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Inconscient ou très affaibli</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Sang dans les selles,</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Respiration difficile (tirage ou sifflement)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Pâleur palmaire (anémie)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>• ou autre phénomène anormal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• L'enfant devient plus malade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NON	OUI		NON	OUI	• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	NON	OUI		NON	OUI																																												
• L'enfant incapable de boire ou de téter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Fièvre qui persiste malgré traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Apparition des éruptions cutanées généralisées et/ou du prurit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• A convulsé ou convulse maintenant	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Inconscient ou très affaibli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Sang dans les selles,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Respiration difficile (tirage ou sifflement)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• Diarrhée trop liquide (comme de l'eau)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• Pâleur palmaire (anémie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	• ou autre phénomène anormal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
• L'enfant devient plus malade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																															
<p>E SI L'ENFANT AVAIT TOUX OU RHUME, Nbre de Mvts Resp/minute <input type="checkbox"/> Respiration rapide ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> REFERER SI OUI</p>																																																	
<p>F VERIFIER SI L'ENFANT A RECU SES MEDICAMENTS COMME PRESCRIT. A reçu sa dose ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>• Vérifier la quantité restante des médicaments dans le sachet de la mère.</p>																																																	
<p>G CONSEILLER DE CONTINUER LE TRAITEMENT DE L'ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à la mère de rappeler comment elle a administré les médicaments (revoir les «3 COMBIENS ») • Si la mère a bien administré les médicaments, FELICITER ET ENCOURAGER A CONTINUER • Si la mère a mal administré les médicaments, démontrer la dispensation (revoir les « 3 COMBIENS ») puis demandez-lui de répéter et d'administrer une dose en votre présence. Vérifiez sa compréhension. 																																																	

ANNEXE 3 : OUTILS DE SUIVI ET SUPERVISION

GRILLE DE DEPOUILLEMENT DES FICHES DE PRISE EN CHARGE DES CAS AUX SITES Evaluation de la qualité de prise en charge.

Province :.....	District:.....	ZS:.....	CS:.....	Site:.....								
Noms du Relais:												
COMPLETUDE DE LA FICHE DE PEC PAR SECTION ET MOIS DEPUIS L'ENTRÉE EN FONCTION												
	Mois 1		Mois 2		Mois 3		Mois 4		Mois 5		Mois 6	
Indiquer le mois de l'an	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Sections de la fiche												
Identification												
Plaintes												
Signes de danger/alerte												
Fièvre												
Diarrhée												
Toux/rhume												
Malnutrition												
Rattrapage												
Autres problèmes												
Conseils pour les cas à référer												
11. Traitement												
12. Conseils rattrapage												
13. Instructions de suivi												
Statut nutrition correct ?	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
CONCORDANCE ENTRE SIGNES/SYMPÔMES ET CLASSIFICATION												
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Fièvre												
diarrhée												
Pneumonie												
Fièvre + Pneumonie												
Toux/rhume												
Problème nutritionnel												
CONCORDANCE ENTRE CLASSIFICATION ET TRAITEMENT/ACTION												
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Signes de danger/alerte												
Fièvre												
diarrhée												
Pneumonie												
Fièvre + Pneumonie												
Toux/rhume												
malnutrition												
CONCORDANCE ENTRE AGE ET LA DOSE DES MEDICAMENTS												
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Référence												
Fièvre												
diarrhée												
Pneumonie												
Fièvre + Pneumonie												
Toux/rhume												
malnutrition												
VISITE DE SUIVI DU MALADE RECOMMANDEE												
Effectuée?												
CONCORDANCE ENTRE SIGNES/SYMPÔMES, CLASSIFICATION ET ACTION LORS DU SUIVI												
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Signes de danger et alerte												
Toux/rhume												

Zone de santé: _____ Centre de santé : _____ SITE de: Nom du Relais.....

FICHE INDIVIDUELLE INTEGREE DE SUIVI MENSUEL DU RELAIS DE SITE

I Interview du Relais Communautaire.

ITEMS (oui = 1 , non = 0)	MOIS D'EVALUATION				
	SUIVI 1	SUIVI 2	SUIVI 3	SUIVI 4	SUIVI 5
Connaissances des signes de danger. DEMANDER: Quels sont les signes de danger que vous connaissez ?					
Incapable de boire ou de téter					
Vomit tout ce qu'il consomme					
Convulsions (actuelles ou récentes)					
Léthargie ou inconscience					
Signes de Malnutrition sévère					
Tirage sous-costal					
Quels sont les seuils de respiration rapide pour :					
2 mois à 11 mois (moins de 1 an)					
12 mois à 5 ans (1 an et plus)					
Vous recevez un enfant au site. Comment vous assurez vous qu'il a reçu un T3 adéquat à domicile contre la fièvre					
- Art +AQ et paracétamol ou SP + Paracétamol					
Comment recherchez-vous les signes de déshydratation chez l'enfant ?. Démontrer :					
Yeux enfoncés					
Assoiffé					
Agité					
Pli cutané qui s'efface lentement					

II Grille d'observation

Est ce que Le Relais du Site de soins communautaires :	SUIVI 1	SUIVI 2	SUIVI 3	SUIVI 4	SUIVI 5
1. EVALUATION					
a) A recherché les signes généraux de danger ?					
b) A interrogé la maman sur le symptôme toux/Rhume ?					
c) A bien préparé l'enfant pour compter les mvts resp..					
d) A Recherché le tirage sous costal					
e) A évalué correctement le poids/ âge					
f) A évalué correctement l'état vaccinal					
g) A évalué correctement le statut de la vitamine A					
h) Qualité de décompte des mouvements respiratoires					
Décompte des mouvements respiratoires par le Relais					
Décompte des mouvements respiratoires par l'Instructeur					
2. CLASSIFICATION : a correctement classé l'enfant					
3. TRAITEMENT					
a) A donné la bonne dose de cotrimoxazole pour la pneumonie					
b) A référé les cas graves					
c) A donné des conseils sur les soins à domicile :					

III. RESPECT DES ETAPES DE DISPENSATION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

TACHES	SUIVI 1	SUIVI 2	SUIVI 3	SUIVI 4	SUIVI 5
1. Conditionner les médicaments :					
a) Le Relais a bien compté la quantité nécessaire pour un traitement complet					
b) Il a bien étiqueté l'emballage avec le nom du médicament, la posologie et la durée du traitement					
2. Montrer le médicament à la mère :					
Il a montré à la maman le nom, la forme de médicament et ce qu'il traite (ou son utilité)					
3. Expliquer à la mère : Combien par prise =a, Combien de fois/ jour =b, pendant Combien de jours=c					
4. Vérifier la compréhension de la mère : Le Relais a fait REPETER à la maman les 3 combien pour chaque méd.					
5. Démonstration : Le relais a demandé à la mère d'administrer la première dose en sa présence.					

SUPERVISION/SUIVI DES MEDICAMENTS ET MATERIELS AU SITE

Nom du site															
Nom du relais															
1. Qualité de TENUE DES OUTILS :	RUMER														
	Registre de consultation au site														
	Rapport mensuel														
2. DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS et Nbre de jours de rupture de stock		Disp	Jrs de rupt												
1. Artesunate-amodiaquine (3+3)															
2. Quinine gouttes 20 %															
3. Paracétamol 500 mg															
4. SRO															
5. Zinc cés 20 mg															
6. Mebendazole 100 mg															
7. Cotrimoxazole 400/80mg															
8. Fer 200 mg Co (ou fer+acide folique)															
9. Condom															
3. DISPONIBILITE DES MATERIELS															
1. Fiches de prise en charge															
2. Balance fonctionnelle															
3. Minuteur fonctionnel															

4. Conditions de conservation des médicaments :

- Existe-t-il une caisse pour la conservation des médicaments ?
- La caisse est-elle aérée ?
- Y a-t-il de l'humidité à l'endroit où sont stockés les médicaments ?
- Y a-t-il de la chaleur à l'endroit où sont stockés les médicaments ?

FICHE D'ENTRETIEN AVEC LA MERE

PROVINCE deZONE DE SANTE de CENTRE DE SANTE de

SITE deNoms des Relais.....

Question : Lors de la visite de l'enfant au site des soins, DEMANDER à la mère de vous dire ce que le relais lui a dit pour:	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9	Mère 10	TOTAL
La (les) dose(s) à administrer l'enfant à chaque prise											
Le nombre de prise journalière pour administrer les médicaments à l'enfant (combien de fois par jour)											
La durée de traitement pour administrer les médicaments à l'enfant (pendant combien de jours)											
La façon d'écraser les comprimés											
La façon de mélanger les comprimés écrasés avec de l'eau d'eau.											
L'administration d'une dose à nouveau si l'enfant vomit dans la demi-heure											
Demander à la mère si le Relais lui a dit de préparer le Médicament et d'administrer la première dose au Site devant le Relais											
Demander à la mère de rappeler ce que le relais lui a dit au sujet du RENDEZ-VOUS pour revenir avec l'enfant au Site.											
Demander à la mère de rappeler ce que le relais lui a dit au sujet de quand revenir immédiatement avec l'enfant au Site sans attendre le RENDEZ-VOUS											
Demander à la mère de rappeler ce que le relais lui a dit au sujet de moyens de prévention pour les maladies dont leurs enfants ont souffert											
CONNAISSANCE DES SIGNES DE DANGER/ALERTE PAR LA MERE											
Nourrisson de moins de 2 mois amené au SITE											
Statut nutritionnel de l'enfant, ROUGE											
L'enfant est incapable de boire ou de téter											
L'enfant vomit tout ce qu'il consomme											
L'enfant a convulsé ou convulse maintenant											
L'enfant est inconscient ou ne répond pas aux stimuli externes											
Anémie ou pâleur palmaire											
Respiration difficile											
Toute maladie qui dure 15 jours ou plus											
L'enfant est souvent malade											
L'enfant devient plus malade malgré les soins adéquats à domicile											
L'enfant est très affaibli											

Nom du Superviseur.....

Observations et recommandations (au verso de la fiche)

