



**HAL**  
open science

# Mise en oeuvre des activités sous directives communautaires dans le district de sante de Rey-Bouba (Cameroun)

Colette Nzogang Djduoka

► **To cite this version:**

Colette Nzogang Djduoka. Mise en oeuvre des activités sous directives communautaires dans le district de sante de Rey-Bouba (Cameroun). Santé publique et épidémiologie. 2017. hal-04484269

**HAL Id: hal-04484269**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04484269v1>**

Submitted on 29 Feb 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2016-2017

MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES SOUS  
DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES DANS LE  
DISTRICT DE SANTE DE REY-BOUBA (CAMEROUN)

Soutenu en Septembre 2017

Mademoiselle Nzogang Djouoka Colette

Maître de stage :

Madame Kouamen Olive Nathalie

Guidant universitaire :

Monsieur Patrick Thonneau

## **REMERCIEMENTS**

A Dieu soit la gloire pour la provision mise à ma disposition pour entreprendre ces études.

A mon maitre de stage Madame Kouamen Olive pour votre disponibilité, vos conseils, vos encouragements et votre encadrement.

A mon guidant universitaire Monsieur Patrick Thonneau.

Au Dr Zogoi Berved : votre disponibilité et votre serviabilité m'ont marqué. Merci grand-frère.

A toute l'équipe cadre de district et l'équipe projet.

Un merci particulier à Christian Ngounou. Merci pour ta patience, ta présence et ton soutien tout au long de ce travail.

Merci à tous les acteurs qui ont contribué à la mise en œuvre de mes missions.

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACT	Artemisinin Combined Therapy
AS	Aire de Santé
ASC	Agent de santé communautaire
IRA	Infections respiratoires aiguës
CDT	Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose
CE	Causerie éducative
DS	District de santé
HD	Hôpital de district
MINSANTE	Ministère de la santé publique du Cameroun
OSCD	Organisation de la société civile de district
SRO	Solution de réhydratation orale
TARV	Traitement antirétroviral
TDR	Test de diagnostic rapide
TB	Tuberculose
UPEC	Unité de prise en charge du VIH/SIDA
VAD	Visite à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Water sanitation and hygiene

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	6
<b>1 CONTEXTE</b>	7
1.1 Contexte global de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme au Cameroun	7
1.1.1 Le VIH/SIDA	7
1.1.2 La tuberculose	7
1.1.3 Le paludisme	8
1.2 Quelques définitions	9
1.3 Présentation du projet	10
1.4 Présentation de la structure d'accueil	11
<b>2 OBJECTIFS</b>	13
2.1 Objectifs du projet	13
2.1.1 Objectif général	13
2.1.2 Objectifs spécifiques	13
2.2. Objectifs de stage	13
<b>3 METHODOLOGIE</b>	15
3.1 Type d'intervention	15
3.2 Période d'intervention	15
3.3 Equipe projet	15
3.4 Matériels et Méthode	16
3.4.1 Formation initiale des ASC	16
3.4.2 La phase de suivi des activités	16
3.4.2.1 La validation mensuelle des données des ASC	16
3.4.2.2 La supervision des ASC	17
3.4.2.3 Réunion de coordination de l'aire santé et du district	17
3.5 Planning des activités mises en œuvre pendant le stage.	17
<b>4 RESULTATS</b>	18
4.1 Formation initiale des ASC	18
4.2 Phase de suivi des activités	19
4.2.1 Validation mensuelle des données des ASC.	19
4.2.2 Supervision des ASC	23
4.2.3 Réunions coordination de l'aire de santé	24
4.2.4 Réunion de coordination du District de Santé	25
<b>5 DISCUSSION</b>	26
5.1 Formation initiale des ASC	26
5.2 Phase de suivi des activités	26

5.2.1 Analyse des performances du projet	26
5.2.2 Supervision des ASC	29
5.2.3 Les réunions de coordination	30
5.3 Points positifs et limites	30
5.4 Recommandations	31
<b>AnnexeS</b>	<b>I</b>
1. Annexe I : Agenda de formation des agents de santé communautaires en vue de la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires	I
2. Annexe II : Fiche de synthèse mensuelle des activités au niveau des ASC	VI
3. Annexe III : Fiche de suivi des médicaments et des recettes au niveau de la formation sanitaire	IX
4. Annexe III : Fiche de synthèse mensuelle des activités au niveau des ASC	X

## INTRODUCTION

Dans le cadre du nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial, le Cameroun bénéficie d'une subvention portant sur trois maladies à savoir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose (TB) et le Paludisme. Le bénéficiaire principal de ce projet est le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) représenté par lesdits programmes. Les sous-bénéficiaires sont : Plan International Cameroon, Malaria No More, IRESCO, MC-CCAM (1,2).

Le besoin d'intervenants communautaires est exprimé par ces trois programmes dans le but d'augmenter la demande de service au sein des communautés mais aussi d'optimiser le suivi des patients, l'appui aux sites de traitement et de distribuer certains intrants de santé dans la communauté appelée zone prioritaire (Régions et Districts de santé) où les indicateurs de santé particulièrement pour ces 3 groupes des maladies sont faibles : forte prévalence VIH/TB, nombre de cas suspects de paludisme élevé, offre de soins et accessibilité aux formations sanitaires limitées (3-7).

La stratégie de mise en œuvre des interventions dans la communauté est une traduction opérationnelle de la politique des interventions de santé sous directives communautaires élaborée par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire. Elle doit s'appuyer sur les expériences acquises au niveau des programmes paludisme et VIH et de celles mises en œuvre dans d'autres programmes soutenus par les partenaires techniques et financiers (3,6,7). Il s'agit d'harmoniser les interventions communautaires en vue de résoudre les disparités d'approches, de profil et de mécanismes entre autres. Cette stratégie concerne 69 Districts de Santé (DS) prioritaires parmi lesquels le DS de Rey-Bouba (2,8,9).

Pour sa mise en œuvre, plusieurs étapes ont été élaborées à savoir : la phase préparatoire, la formation des intervenants, l'approvisionnement en intrants, la communication, l'acquisition et la maintenance des équipements des organisations de la société civile de district (OSCD) et des agents de santé communautaire (ASC), la supervision et le suivi-évaluation. Elle est placée sous la responsabilité du sous-bénéficiaire en collaboration avec les services du Ministère de la Santé Publique à chaque niveau de la pyramide sanitaire (8,9).

L'objectif durant notre stage, était d'accompagner le processus de formation et de suivi des activités des agents de santé communautaire en participant au pilotage du projet au niveau du DS de Rey-Bouba.



# **1 CONTEXTE**

## **1.1 Contexte global de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme au Cameroun**

### **1.1.1 Le VIH/SIDA**

Dans la lutte contre le VIH/SIDA, le Cameroun à l'instar de nombre de pays à travers le monde, s'est fixé des cibles 90-90-90 pour 2020. En effet en 2020, les autorités camerounaises voudraient que 90% des personnes connaissent leur statut sérologique, que 90% des personnes vivant avec le VIH soient sous traitement et que 90% des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable (10,11). L'atteinte de ces objectifs passe par une rétention des malades sous traitement. Or, d'après le rapport 2014 d'alerte précoce du MINSANTE, le taux de rétention sous traitement reste faible autour de 60,4% au niveau national (12). Il paraît donc nécessaire pour les structures de prise en charge de se rapprocher de la communauté pour améliorer l'observance du traitement par les patients et du mécanisme de recherche des perdus de vue.

Pour l'année 2016 dans la région du Nord, la proportion de personnes dépistées était faible (4,9%). Le taux de séropositivité était de 3,31%. Le nombre moyen mensuel de personnes qui ne sont pas venues chercher le traitement antirétroviral (TARV) au cours du mois était de 926, soit 10% de la file active des patients sous TARV. La moyenne mensuelle des perdus de vue (personnes n'étant pas venu chercher le TARV pendant au moins 3 mois consécutifs (13). Après 3 mois de fonctionnement, l'Unité de Prise En Charge de l'Hôpital de Rey-Bouba a enregistré 26 absences pour 129 patients sous traitement antirétroviral. Les principales raisons identifiées étaient un système de référence peu effectif, l'éloignement de l'unité de prise en charge, la discrimination et la stigmatisation dans les formations sanitaires et dans la communauté (14). Avec le risque d'échec thérapeutique et de résistance au traitement que ces interruptions entraînent, il faut nécessaire d'améliorer l'adhérence et l'observance au traitement.

### **1.1.2 La tuberculose**

La tuberculose représente aujourd'hui encore à l'échelle mondiale un problème majeur de santé publique. La persistance de la tuberculose est attribuable principalement à la pauvreté à la croissance démographique naturelle aggravée par les phénomènes migratoires et à l'augmentation importante des cas de tuberculose dans les zones d'endémie VIH. Ces trois facteurs sont aggravés par la paupérisation des systèmes de santé et par la négligence des autorités sanitaires nationales qui n'ont pas accordé à la lutte antituberculeuse le rang de priorité nécessaire pendant de longues années (15).

Le Cameroun est un pays à forte incidence de tuberculose. En 2013, 26110 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été détectés dont 15080 nouveaux cas à microscopie positive (16,17). Parmi les malades, 38% étaient infectés par le VIH. Le taux de notification de la TB pulmonaire dans les prisons est en moyenne 10 fois plus élevé que dans la population civile comparable (17). Pour la même année, 123 malades étaient diagnostiqués avec une tuberculose multi-résistante, parmi lesquels 73 ont été mis sous traitement. Le taux de succès thérapeutique était de 80% en 2011 ce qui était inférieur à la cible fixée qui est de 85%.

Le dépistage de la tuberculose reste très faible dans la région et dans le District de Rey-Bouba. Parmi les cas suspects au Centre de Dépistage et Traitement (CDT) de l'Hôpital de District (HD) de Rey-Bouba, 21% avait une microscopie positive et un peu plus du quart (28%) était co-infecté par VIH. Parmi les patients, 50% ont manqué au traitement au moins une fois et 37,5% ont été perdus de vue. On a noté 3 cas de rechute, 1 cas d'échec au traitement. Les principales raisons évoquées par les patients ayant manqués le traitement étaient l'éloignement du CDT et le manque de soutien de l'entourage (18,19).

### **1.1.3 Le paludisme**

Le paludisme reste un problème de santé publique au Cameroun. En effet, il constitue la première cause de morbidité dans le pays. Bien que l'endémicité du paludisme se soit stabilisée, il existe encore au Cameroun quelques zones où il est hyper-endémique (surtout dans la forêt). Les plus touchées restent les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes avec une morbidité respective de 40% et de 11% en 2012. La mortalité hospitalière quant à elle pour la même année était de 17,55% (20, 21).

Dans la région du Nord en 2016, La morbidité et la mortalité liée au paludisme était de 40,7% et 37,4% respectivement. Concernant la prise en charge, 533695 de cas suspects de paludisme simple ont été enregistrés parmi lesquels 12,8% ont été confirmés. Sur les 56 598 cas suspects de paludisme grave en hospitalisation, 45 561 étaient des cas confirmés parmi lesquels les enfants de moins de 5 ans représentaient 30,9%. Pour ce qui est de la prise en charge par les ASC, 13 076 cas de fièvre ont été rapportés. Le TDR a été réalisé chez 6 967 patients et 6530 soit (93,72%) étaient positifs et ont été correctement traités. Dans le cadre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier, 88,14% des enfants de 3 mois à 59 mois ont participé aux 3 cycles dans le District de Santé de Rey-Bouba (20,21).

Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Cameroun 2014-2018 inclut un volet communautaire. En effet il est question durant cette période de :

- Tester au moins 80% des cas suspects de paludisme dans les formations sanitaires et dans

la communauté par la goutte épaisse ou le Test de diagnostic Rapide (TDR).

- Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté.
- Amener au moins 80% des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme.

Ces mesures visent une amélioration des performances des différentes structures de prise en charge (20,21).

## **1.2 Quelques définitions**

### **- Santé**

Elle est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. C'est ainsi qu'elle est énoncée dans les principes de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (22).

### **- Communauté**

En santé publique, une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de taille et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés (23).

### **- Santé communautaire**

Elle est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités (24)

### **- Agent de santé communautaire**

Appelé en anglais community health workers – CHW, il est un membre de la communauté ayant reçu une certaine formation pour promouvoir la santé ou pour pratiquer certains soins de santé, sans être professionnel de santé. Il doit avoir été sélectionné par la communauté et répondre de ses activités auprès des communautaires, être soutenus par le système de santé mais pas forcément en tant que membre à part entière de la pyramide sanitaire, et avoir une formation plus courte que les professionnels. Ils n'ont normalement pas de diplôme professionnel, mais délivrent des prestations

de santé après avoir été formés dans le contexte de l'intervention. Ils peuvent être volontaires, ou recevoir un salaire pour leur travail (25).

- ***Participation communautaire***

L'intérêt porté à la participation communautaire aux soins de santé n'est pas nouveau ; pendant des siècles, les guérisseurs ont bénéficié du soutien de la communauté et, aujourd'hui encore, c'est un aspect dominant de certaines cultures traditionnelles. La notion de participation communautaire a été renforcée après la Conférence d'Alma Ata en 1978. Elle se définit comme un processus interactif par lequel la communauté et l'Etat représenté par les personnels de santé, œuvrent ensemble pour promouvoir la santé et résoudre les problèmes de besoins en santé de la communauté dans un esprit de partenariat et de respect mutuel. La participation communautaire est considérée comme l'élément capital des soins de santé primaires puisque ceux-ci ne consistent pas dans la mise en œuvre des techniques médicales de pointe, mais bien dans l'application des méthodes qui ont fait leurs preuves face aux problèmes sanitaires des populations pauvres et défavorisées dont la plupart vivent en zone rurale dans les pays en développement (24).

- ***Promotion de la santé***

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison (26).

### **1.3 Présentation du projet**

Bien que le financement du Fonds Mondial concernait principalement le TB, le VIH et le paludisme, le projet incluait d'autres maladies communautaires à savoir la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et les maladies évitables par la vaccination. En effet, ces maladies dont la prévention et la prise en charge sont faciles représentent à elles seules 90% de la mortalité infantile. Les intrants pour ces maladies devaient être fournis par d'autres

partenaires (OMS, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, ...) (8). Ce projet s'inscrivait dans le cadre des interventions sous directives communautaires élaborée par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire du Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Pour la région du Nord, le sous-bénéficiaire était Plan International Cameroon, une organisation non gouvernementale. Elle était chargée de l'appui technique pour la mise en œuvre du projet dans les 5 districts de santé prioritaires de la région.

Les agents de santé communautaire effectuaient des visites à domicile (VAD) et menaient des causeries éducatives (CE) sur l'importance des consultations prénatales, de la vaccination des femmes enceintes et des enfants, de l'hygiène (potabilisation de l'eau, lavage des mains et utilisation des latrines), de l'utilisation des moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme, de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et de la bonne nutrition des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes. Ils soignaient dans les villages les cas de paludisme simple, des infections respiratoires et de diarrhées respectivement avec les ACT après test rapide positif (TDR), de l'amoxicilline et de la solution de réhydratation orale associé au Zinc (SRO-Zinc). Ils sensibilisaient la population sur les pratiques familiales essentielles à la prise en charge de la tuberculose. Ils référaient vers les formations sanitaires les cas compliqués de ces maladies ainsi que les femmes enceintes et les enfants malnutris. Ils aidaient à la recherche des perdus de vue (vaccination, TB, VIH) dans la communauté et à déclarer les naissances survenues dans les villages aux services d'état civil.

Chaque ASC devait effectuer au minimum 40 VAD, 01 CE et 01 plaidoyer par mois. La consultation était gratuite de même que la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de moins de 5ans. Les fonds issus de la vente de TDR et de médicaments étaient versés chez le chef de l'aire qui réapprovisionnera l'ASC.

#### **1.4 Présentation de la structure d'accueil**

Notre stage de master 2 santé publique s'est déroulé au sein du service de santé de district de Rey-Bouba au Cameroun. Le DS de Rey-Bouba est situé dans la région du Nord, département du Mayo-Rey et dans l'arrondissement de Rey-Bouba dont il respecte les limites administratives. Il couvre une population d'environ 164118 habitants pour une densité de 2,3 habitants/ Km<sup>2</sup>. Situé en milieu rural, l'agriculture, l'élevage et la pêche sont les activités principales de la population qui est à majorité nomade.

Le DS représente le niveau opérationnel du système de santé du Cameroun. Il assure la coordination des structures de santé implantées dans le District de Santé. A ce titre, il est chargé entre autres de :

- La planification de l'ensemble des activités du secteur de la santé dans le District ;
- L'organisation, de la mise en œuvre et du suivi des programmes de lutte contre la maladie ;
- L'organisation, de la mise en œuvre et du suivi des activités de promotion de la santé et des soins hospitaliers ;
- L'organisation de la supervision des activités des services de santé et des formations sanitaires publiques et privées, ainsi que du système de référence contre- référence ;
- Du suivi- évaluation des activités de tous les intervenants du secteur de la santé de son ressort et de l'établissement des rapports périodiques d'activités ;
- La surveillance épidémiologique du District de Santé ;
  - La collecte, de l'analyse et de l'exploitation des informations sanitaires ;
  - La mobilisation des ressources et des acteurs en faveur de la santé.

Il compte 12 aires de santé (AS) avec 16 formations sanitaires :

- Un centre de santé intégré dans chaque aire.
- Deux centres de santé satellites dans l'aire de Rey-Bouba du fait de la distance et des barrières naturelles.
- Un centre de santé privé confessionnel dans l'aire de Rey-Bouba.
- Un Hôpital de District qui est la structure de référence pour tous les centres de santé. Ces derniers sont parfois situés à plus de 100 km de la structure de référence.

Le DS de Rey-Bouba a à sa tête le Médecin Chef de District et comprend un Bureau Santé et un Bureau des Affaires Générales.

Les déplacements au sein du DS sont difficiles du fait du mauvais état des routes, de l'insécurité et des crues pendant la saison des pluies.

## **2 OBJECTIFS**

### **2.1 Objectifs du projet**

#### **2.1.1 Objectif général**

Contribuer à la prévention et à la réduction d'au moins 80% des maladies communautaires par des pratiques favorables à la promotion des comportements sains dans le DS de Rey Bouba d'ici décembre 2017.

#### **2.1.2 Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques de la stratégie harmonisée sont les suivants au niveau des zones prioritaires :

- Relever l'éducation des familles sur des pratiques essentielles de la santé communautaire dans 95% des cas.
- Dépister à l'aide du TDR au moins 80% des cas suspects de paludisme simple en milieu communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
- Traiter 100% des cas de paludisme simple confirmés dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes avec les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine dans la communauté.
- Retrouver au 95% des enfants non vaccinés et les perdus de vue dans la communauté.
- Dépister et traiter au moins 80% des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans la communauté avec l'Amoxicilline.
- Dépister et traiter au moins 80% des cas de diarrhée simple dans la communauté avec du sel de réhydratation orale (SRO) et du Zinc.
- Dépister au moins 80% des cas de malnutrition dans la communauté.
- Rééduquer et sensibiliser au moins 80% de la population à adopter des pratiques familiales essentielles à la prise en charge de la tuberculose et retrouver au moins 80% des perdus de vue

### **2.2. Objectifs de stage**

Au cours de ce stage, l'objectif principal était d'accompagner le processus de formation et de supervision des activités des agents de santé communautaire en participant au pilotage du projet au niveau du District de Santé de Rey-Bouba. Et plus spécifiquement de :

- Participer et former les agents de santé communautaire avec l'équipe cadre du district.
- Mener et encadrer les supervisions formatives des activités des ASC formés.



### **3 METHODOLOGIE**

Le présent travail fait suite à la phase de mise en œuvre du projet. Pour rappel, la première étape avait pour objet :

- La sélection des ASC par les communautés avec l'appui des services de santé selon les critères d'éligibilité prédéfinis.
- La formation des formateurs des ASC par les équipes régionales : Unité Régionale de lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, Programme Elargi de vaccination, point focal régional nutrition, WASH (Water Sanitation and Hygiene) et communication.

#### **3.1 Type d'intervention**

Il s'agissait d'une intervention de promotion de la santé, traduction opérationnelle de la politique des interventions sous directives communautaires du Ministère de la Santé Publique du Cameroun.

#### **3.2 Période d'intervention**

Elle allait du 05 janvier au 30 juin 2017, soit 6 mois.

#### **3.3 Equipe projet**

L'équipe projet était constituée de :

- 01 Chef de District de Santé de Rey-Bouba chargé de la coordination de la mise en œuvre du projet.
- 01 Chef Bureau Santé du District de Rey-Bouba avec pour rôle l'appui à la coordination et la supervision des activités.
- 01 superviseur technique du sous-bénéficiaire Plan International Cameroon chargé de se rassurer que la mise en œuvre se fait conformément au plan stratégique et de l'atteinte des résultats.
- 02 formateurs dont le rôle était de dispenser les modules de formation.
- 01 stagiaire en master 2 Santé Publique et environnement
- 01 Membre d'une organisation de la société civile du District de Rey Bouba.

Tous les membres de l'équipe projet ont été formés comme formateurs des ASC.

### **3.4 Matériels et Méthode**

La mission s'est déroulée en 2 phases :

- La formation initiale des ASC
- La phase de suivi des activités

#### **3.4.1 Formation initiale des ASC**

Elle avait pour but de donner aux ASC les connaissances nécessaires afin d'être efficaces dans leurs activités et de les imprégner à leurs outils de gestion. Le manuel de formation de l'ASC était l'outil de formation.

Elle s'est déroulée en deux sessions de 10 jours et a concerné 114 ASC selon l'agenda en annexe 1. Elle a été conduite par l'équipe projet. Les modules abordés étaient les suivants :

- Module 1 : Généralités
- Module 2 : Communication
- Module 3 : Prise en charge communautaire du paludisme
- Module 4 : Diarrhée
- Module 5 : Santé de l'enfant et vaccination
- Module 6 : Prise en charge des maladies respiratoires
- Module 7 : Lutte contre la Tuberculose, le VIH/SIDA et les IST en communauté
- Module 8 : Santé de la mère et planning familial
- Module 9 : Violences basées sur le genre et violences sur les enfants
- Module 10 : Counseling communautaire sur la nutrition
- Module 11: WASH (Water Sanitation and Hygiene)
- Module 12 : Santé du nouveau-né et enregistrement des naissances
- Module 13 : Surveillance et notification des décès maternels et néonataux en communauté

Les techniques pédagogiques étaient la lecture expliquée, les travaux de groupes, les jeux de rôles, les études de cas et les témoignages.

#### **3.4.2 La phase de suivi des activités**

Elle était constituée de la validation mensuelle des données, de la supervision formative des ASC et des réunions de coordination de l'aire et de district.

##### **3.4.2.1 La validation mensuelle des données des ASC**

Les ASC devaient faire une synthèse de leurs activités sur la fiche de synthèse mensuelle des activités et la fiche de suivi des médicaments et des recettes de l'ASC (annexe 2 et 3) et les

acheminer au district après validation par le chef de son AS.

Le rapport était **prompt** lorsqu'il est arrivé au DS avant le 30 du mois.

Le rapport était **complet** lorsqu'il contenait la fiche de synthèse mensuelle des activités et la fiche de suivi des médicaments et des recettes de l'ASC entièrement renseignées.

### 3.4.2.2 La supervision des ASC

Chaque agent de santé communautaire était supervisé une fois par trimestre grâce à la grille de supervision de l'ASC (annexe 4). Elle permettait de rencontrer chaque ASC dans sa zone de couverture. Une fois arrivé dans l'AS, nous rencontrions le chef de l'aire puis les autorités traditionnelles de la zone couverte par l'ASC chez qui nous faisons un plaidoyer pour un soutien et un appui des activités de santé. Nous vérifions par la suite le remplissage des différents registres, le conditionnement des intrants et les autres matériels. Ensuite nous tirions au hasard 5 à 10 ménages parmi ceux dans lesquels l'ASC a déclaré avoir effectué une visite à domicile et nous nous y allions pour recueillir l'avis du chef de ménage. Tout au long du processus nous échangeons avec l'ASC sur ses difficultés et lui proposons d'éventuelles solutions ou pistes d'amélioration.

### 3.4.2.3 Réunion de coordination de l'aire santé et du district

Elle était trimestrielle et se tenait selon les termes de référence contenus dans le Plan détaillé de la stratégie de mise en œuvre des activités sous directives communautaires de la note conceptuelle (8). Elles permettaient de valider et comparer les données, d'identifier les problèmes majeurs et faire des recommandations.

## 3.5 Planning des activités mises en œuvre pendant le stage.

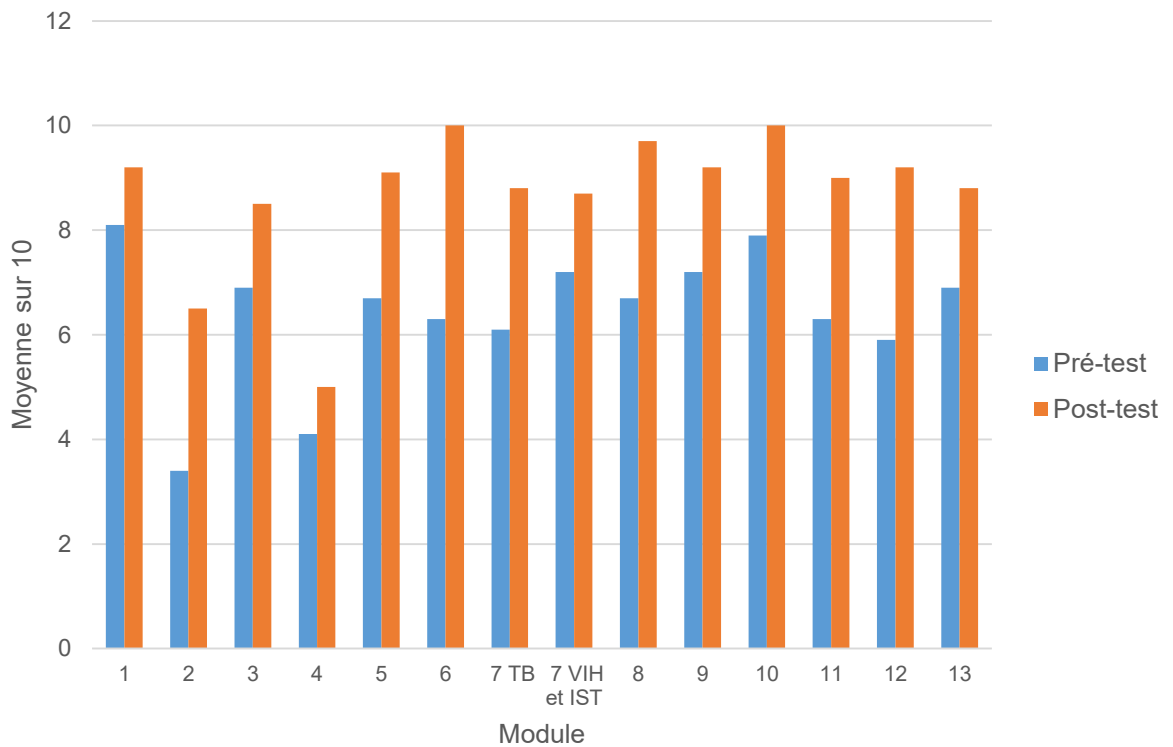
Activités	Déc	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin
Formation de l'équipe projet							
Formations des ASC							
Dotation initiale en intrants et outils de collecte des données aux ASC							
Collecte et validation des données des ASC							
Suivi des commandes d'intrants par les ASC							
Supervision des ASC							
Supervision trimestrielle et Analyse des données							

## 4 RESULTATS

### 4.1 Formation initiale des ASC

Nous avons formé 114 ASC soit 100% des personnes sélectionnées. Au cours de cette série de formation, le stagiaire a personnellement dispensé les modules 3,5,6 et 10.

La figure 1 montre le niveau de base avant et après la formation en pré et post test.



**Figure 1 :** Moyennes des notes obtenues au pré-test et au post test par module sur 10.

Au prétest, seul 30% des ASC ont eu une moyenne supérieure ou égale à 7 sur 10 tandis qu'au post test, 86% ont eu une moyenne supérieure ou égale à 7.

A la fin de la formation, chaque ASC a reçu un kit constitué :

- Une caisse de conservation des médicaments.
- Des outils de rapportage (registre des activités de communication, registre de consultation des enfants de 2 mois à 5 ans, registre de consultation des enfants de plus de 5 ans et des adultes).
- Le stock de démarrage des produits de santé (50 tests de diagnostic rapide du paludisme, 50 plaquettes d'ASAQ, 100 plaquettes de Paracétamol 500mg). Les préservatifs féminins et masculins pour démonstration, la solution orale de réhydratation, les plaquettes de fer combiné à de l'acide folique, la vitamine A, l'amoxicilline et le Mébendazole n'ont pas été remis comme initialement prévus.

- 2 thermomètres
- Un gilet et un badge d'identification.
- Une lampe solaire.

## 4.2 Phase de suivi des activités

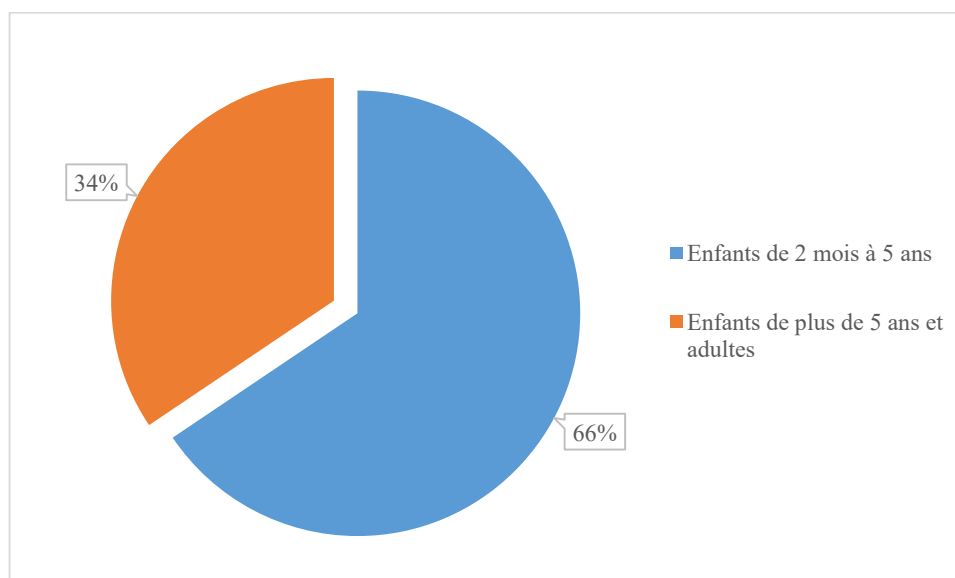
### 4.2.1 Validation mensuelle des données des ASC.

Tous les ASC formés étaient actifs sur le terrain. Le tableau 1 présente la synthèse de la qualité du rapportage.

**Tableau 1** : Synthèse de la promptitude et la complétude des rapports.

Mois	Promptitude (%)	Complétude (%)
Janvier	/	/
Février	67	100
Mars	71	100
Avril	54	100
Mai	22	100
Juin	32	100

Durant la période d'intervention, 65,6 % des cas de fièvre, diarrhée ou IRA ont été vus par les ASC dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes et 100% dans les 48 heures.



**Figure 2** : Nombre de cas reçus par l'ASC dans les 24- 48 h après apparition des symptômes

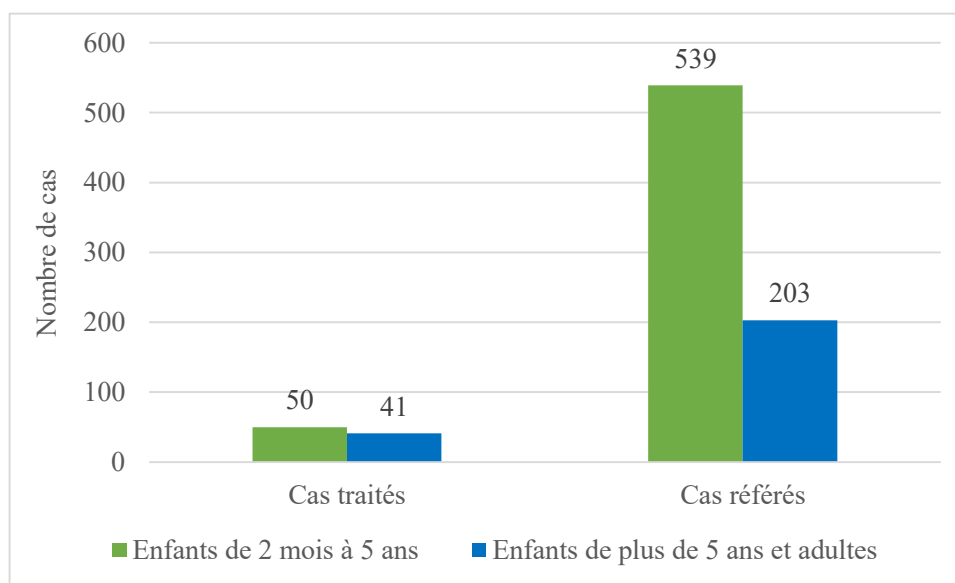
Les enfants de 2 mois à 5 ans représentaient la majorité des cas reçus (66%).

Les ASC ont suspecté le paludisme chez 5930 patients et ont réalisé 5453 tests de diagnostic rapide du paludisme soit un taux de dépistage de 92%.

**Tableau 2 : Répartition des cas de fièvre (paludisme simple)**

	Nombre de cas dépistés au TDR	Nombre de cas de paludisme simple confirmés et pris en charge par les ASC	Nombre de blisters d'ACT utilisés	Nombre de cas de paludisme référés
Enfants de 2 mois à 5 ans	3475	2066	2352	868
Enfants de plus de 5 ans et adultes	1978	1026	1055	567
Total (%)	5453	3092	3407	1435

Tous les cas confirmés de paludisme simple ont été traités par ACT même si la quantité d'ACT utilisée ne correspond pas au nombre de cas confirmés.



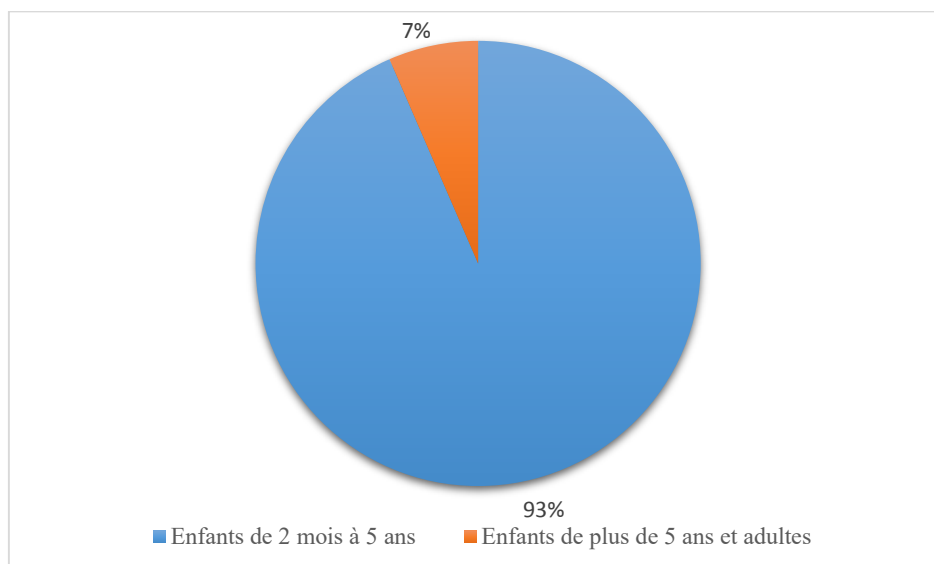
**Figure 3 : Répartition des cas de diarrhées simples en fonction de l'âge et de la prise en charge**

Le nombre de cas de diarrhée simple traités variait peu en fonction de la tranche d'âge. Cependant les enfants de 2 mois à 5 ans étaient très souvent référés dans les formations sanitaires (72,6%).

**Tableau 3 : Répartition des cas d'IRA en fonction de l'âge et de la prise en charge**

	Nombre traité	Nombre référé	Total (%)
Enfants de 2 mois à 5 ans	40	319	359 (64)
Enfants de plus de 5 ans et adultes	14	192	206 (36)
Total (%)	54 (9,6)	511 (90,4)	565 (100)

Les ASC ont reçu 565 cas de maladies respiratoires. Moins de 10% ont été traités dans la communauté comme nous le montre le tableau 3.



**Figure 4 :** Répartition des cas de malnutrition en fonction de l'âge

Pour ce qui est de la malnutrition, 353 cas ont été dépistés et référés à la FOSA. La figure 3 montre leur répartition. Les enfants de 2 mois à 5 ans représentaient 93% des cas reçus.

Les données sur les activités de communication sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 4** : Données des activités de communication

	Nombre réalisé	Personnes touchées		
		Masculin	Féminin	Total
Plaidoyer	1029	3880	3078	6958
Visites à domicile effectuées	28724	29240	36257	65497
Causeries éducatives menées	1868	22592	22742	45334
Nombre de couples avec femmes enceintes sensibilisées sur le plan d'accouchement	2217	2217	2302	4519

Très peu (0,007%) de causeries éducatives ont été supervisées par les chefs des AS.

Pour ce qui est des nourrissons nés en communauté ou n'ayant pas respecté leur rendez-vous de consultation post-natale à 6 semaines, 697 cas ont été identifiés et référés à la FOSA mais 657 d'entre eux (94,3%) ont été effectivement reçus à la FOSA.

La fin de notre stage correspondait à la fin du premier semestre de mise en œuvre du projet. Le tableau 5 présente le taux de réalisation pour chacun indicateur.



**Tableau 5** : Taux de réalisation par indicateur à la fin du premier semestre.

	Nombre prévu pour le premier semestre	Nombre réalisé	Taux de réalisation (%)
<b>Patients reçus dans les 24 heures suivants l'apparition des symptômes</b>	855	3893	455
<b>Dépistage au TDR</b>	3416	5453	159
<b>Paludisme simple confirmé et pris en charge par l'ASC</b>	1997	3092	154
<b>Paludisme grave référé par l'ASC et reçu dans la FOSA</b>	683	1435	210
<b>IRA</b>	*	565	/
<b>Malnutrition dépisté et référés</b>	365	353	97
<b>Diarrhées simples PEC dans la communauté</b>	*	833	/
<b>Enfants non vaccinés ou perdus de vue à la vaccination</b>	*	**	/
<b>Perdus de vus TB retrouvés</b>	15	1	6
<b>Cas suspects TB référés et reçus à la FOSA</b>	201	2	1
<b>VAD</b>	27360	28724	105
<b>CE</b>	684	1868	273
<b>Plaidoyer</b>	684	1029	150

\*Ces données devaient être obtenues à partir du plan de travail annuel du DS 2017 qui n'a pas été élaboré.

\*\*L'indicateur n'a pas été défini dans la fiche de synthèse mensuelle.

#### 4.2.2 Supervision des ASC

Durant la période d'intervention, tous les ASC ont été supervisés deux fois et ceci au cours des mois d'avril et de juin. Le stagiaire a personnellement supervisé 28 ASC en mars-avril et 20 en juin. A l'issue de cette descente, nous avons identifié les éléments de forces, des faiblesses et des plaintes.

En ce qui concerne les forces, nous avons identifiés :

- La complétude des rapports
- Respect des clauses du contrat par les ASC (VAD, CE, Plaidoyers),

- Versement des recettes issues du recouvrement des coûts des intrants auprès des pharmacies des formations sanitaires.

Concernant les faiblesses, nous avons mis en exergue :

- Absence de planning des activités de certains ASC (90%)
- Le mauvais remplissage des registres (80%)
- L'incohérence des données dans les registres (75%)
- Non maîtrise du calendrier vaccinal de l'enfant de 0 à 11 mois (75%)
- Mauvaise gestion des intrants par la majorité les ASC (60%)

Les plaintes principales des ASC étaient :

- La faible implication des chefs des AS dans les activités des ASC.
- Supervision insuffisante
- Rupture des intrants (ASAQ, TDR, PARACETAMOL)
- Rupture des fiches de références dans les registres des certains ASC
- Mode de paiement inadaptée à la zone et ne respectant les clauses du contrat
- Doter les ASC de moyens de communication (bicyclette, téléphone portable)

Durant la deuxième supervision, les forces, les plaintes et les problèmes étaient pratiquement les mêmes à l'exception du remplissage des registres et de la connaissance du calendrier vaccinal qui s'était amélioré chez 90% des ASC.

#### **4.2.3 Réunions coordination de l'aire de santé**

Nous avons tenu une réunion de coordination dans chaque aire de santé soit 12 au total. Elles se sont déroulées conformément aux termes de référence. Toutes les personnes conviées étaient présentes. Les problèmes et les plaintes étaient identiques à ceux retrouvés pendant la supervision des ASC. Les recommandations les plus fréquentes sont résumées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 6** : Recommandations issues des réunions de coordination des aires de santé.

<b>Recommandations</b>	<b>Actions à mener</b>	<b>Responsables</b>	<b>Délai d'exécution</b>
<b>Implication effective des chefs des aires</b>	Elaboration du planning des activités des ASC Validation des rapports mensuels avant acheminement Dépôt dans les délais des rapports mensuels	Chef de l'aire ASC	continu
<b>Revoir le mode de paiement des ASC de manière mensuelle</b>	Plaidoyer auprès du sous-bénéficiaire	Chef de district OSCD	
<b>Mettre les intrants (TDR, ACT et Paracétamol) à la disposition des ASC</b>	Joindre les commandes des ASC à celle de la FOSA avant l'achat au fond régional	Chef des aires	
<b>Doter les ASC de moyens de communication (vélo, flotte)</b>	Plaidoyer auprès du sous-bénéficiaire	Chef de district OSCD	continu
<b>Approvisionner les ASC en intrants pour la PEC des infections respiratoires, des diarrhées</b>	Plaidoyer auprès du sous-bénéficiaire et des programmes concernés	Chef de District OSCD	continu
<b>Augmenter le nombre de supervisions des ASC</b>		Chef de district OSCD	immédiat

#### 4.2.4 Réunion de coordination du District de Santé

Elle s'est tenue une fois en avril dans la salle de réunion du service de santé de district. Elle avait pour but de faire une synthèse des activités réalisées au niveau des aires de santé

## **5 DISCUSSION**

### **5.1 Formation initiale des ASC**

Les résultats des pré- et posttests montrent que d'une manière générale, les objectifs pédagogiques pour cette formation ont été atteints. La majorité des participants ont acquis les différentes compétences tant sur le plan théorique que pratique. Ceci est une bonne chose car pour mener à bien leurs activités, les ASC doivent correctement être formés et supervisés pour avoir une certaine maîtrise des thématiques qu'ils aborderont pendant les CE et les VAD. Aussi les personnes supervisant les ASC ont été clairement identifiées et formées à cette tâche comme le recommande Hermann K. et al. (27).

Concernant le stock de démarrage des produits de santé, seuls ceux concernant le paludisme ont été remis aux ASC. Cela peut expliquer comme nous le verrons plus tard la difficulté rencontrée par certains ASC dans la prise en charge communautaire de la diarrhée, des IRA et l'absence de démonstrations lors des causeries éducatives sur l'utilisation du préservatif masculin et féminin. En effet, les partenaires et/ou les programmes concernés n'ont pas fourni les intrants comme il était initialement prévu. Nous avons proposé aux responsables des FOSA de fournir aux ASC les intrants manquants et de les considérer comme des points de vente secondaires. Seule une FOSA l'a fait. Les 11 autres ont évoqué le manque de responsabilité des partenaires et le caractère informel de la gestion des bénéficiaires que nous proposons pour ne pas l'appliquer.

### **5.2 Phase de suivi des activités**

#### **5.2.1 Analyse des performances du projet**

##### **5.2.1.1 Le rapportage et les caractéristiques générales**

Les ASC ont régulièrement remis leur rapport d'activités mais on note une décroissante graduelle de la promptitude. Ceci peut s'expliquer par deux raisons principales :

- Le délai de route : Pour les ASC couvrant les villages les plus éloignés du service de santé de District, il n'était pas évident d'acheminer les rapports dans les délais à cause de la périodicité ou l'absence ou de moyens de transport. Certains ASC de villages voisins se sont associés et à tour de rôle, ils collectaient les rapports après validation par le chef de l'AS et venait personnellement les déposer.
- La baisse de la motivation des ASC. Elle se justifie par le non-paiement des primes fixes mensuelles et des primes variables trimestrielles consécutives à leurs performances, or ces termes n'ont pas été respectés. A la fin de notre stage, seules les primes fixes (janvier, février

et mars) ont été perçues. Une rémunération adéquate des ASC représente un facteur clé du recrutement, de la rétention et de la professionnalisation des ASC même si ambigüité persiste certes sur les fonctions qui devraient être théoriquement assumées par les ASC rémunérés et ceux qui ne le sont pas (28). Selon l’OMS, les agents de santé (dont les ASC) doivent recevoir un salaire suffisant et/ou des incitations appropriées et proportionnées même si les membres des communautés chargés de cette mise en œuvre étaient davantage motivés par des incitations non matérielles que par des incitations financières externes dans une autre étude multi-pays (4,29).

La majorité des patients (65,6%) a été reçue dans les 24 heures suivants l’apparition des symptômes et 100% dans les 48 heures soit un délai vraiment court. Comme dans l’étude de Lewis et al. en 2010, la proximité et la disponibilité du service de santé améliorent le délai de consultation (30). En effet, une approche communautaire intégrant divers programmes impliquant des ASC, mise en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et Médecins sans Frontières, dans le district d’Angonia au Mozambique, a permis d’améliorer la couverture géographique des soins curatifs et préventifs (31). Les ASC n’ont pas d’horaires ni de lieux fixes de travail, il est donc possible d’être consulté au champ ou dans les ménages, de jour comme de nuits sans avoir à parcourir de longues distances. La tranche d’âge la plus représentée parmi le cas reçus était les enfants de 2 mois à 5 ans (66%). En effet, la plupart des maladies cibles du projet concerne la population de cet âge.

### **5.2.1.2 Les indicateurs liés au paludisme**

La majeure partie (92%) des cas suspects de paludisme a été dépisté par le TDR soit largement au-dessus de l’objectif du projet qui était de dépister à l’aide du TDR au moins 80% des cas suspects de paludisme simple en milieu communautaire dans les 24 heures suivant l’apparition des symptômes ; ceci malgré les nombreuses ruptures en TDR. Les problèmes d’approvisionnement en matériel d’intervention sont récurrents dans la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires et constituent un obstacle majeur au succès de celles-ci comme le signifiait l’étude multipays de l’OMS (4). Tous les cas confirmés de paludisme ont été traités par ACT. Cependant, on note une légère discordance entre le nombre de patients traités et le nombre de cas confirmés. Cela s’explique par le fait que durant les périodes de rupture en TDR, les cas suspects de paludisme ont été traités sans confirmation même si cela ne respecte pas le protocole national de prise charge du paludisme.

Dans l’ensemble, les taux de réalisation des indicateurs liés au paludisme sont plus que satisfaisants. Mais il se pourrait que la population utilisée pour le calcul des prévisions était sous-

estimée en comparaison à la population réelle surtout que la population dans la zone est nomade, ce qui justifierait ces taux de réalisation élevés.

### **5.2.1.3 Les indicateurs liés aux diarrhées simples et aux IRA.**

Le nombre de cas de diarrhée simple et d'IRA traités en communauté est très faible. Les cas de diarrhées ont été pour la plupart notifiés en mai et juin qui correspond au début de la période de transition entre la saison sèche et la saison des pluies où l'hygiène des mains sales pose un problème de santé publique d'une part et d'autre part aucun des échanges avec les ASC, il nous a été rapporté que contrairement au cas de fièvre, les mères ne venaient pas d'elles-mêmes rencontrées l'ASC parce que celui-ci va leur demander d'aller à la FOSA. Lors de la dotation initiale en produits de santé, les ASC n'ont pas reçu de SRO, de Zinc et d'Amoxicilline d'où la référence vers les formations sanitaires des cas pouvant être pris en charge dans la communauté. Les cas traités viennent de l'AS où le chef de l'aire a fourni le SRO/Zinc et l'Amoxicilline aux ASC.

### **5.2.1.4 Les indicateurs liés à la malnutrition et à la recherche des enfants non vaccinés ou perdus de vue à la vaccination.**

Pour ce qui est de la malnutrition, 353 cas ont été dépistés et référés à la FOSA. Les enfants de 2 mois à 5 ans représentaient la majorité (93%) des cas reçus comme dans la littérature (). Les centres nutritionnels des FOSA ont continu de nombreuses ruptures en aliments thérapeutiques ce qui n'a pas facilité la prise en charge des cas. Des conseils nutritionnels étaient donnés et les parents encouragés à revenir à la FOSA.

Nous avons rencontré des difficultés à identifier les enfants non vaccinés ou perdus de vue à la vaccination. En effet, cet indicateur n'a pas été inclus dans la fiche de synthèse mensuelle des activités au niveau des ASC validée (annexe 2) qui ne prend en compte que le nombre de nouveau-nés en communauté ou n'ayant pas respecté son rendez-vous de consultation post-natal à 6 semaines référé et reçu à la FOSA et l'enregistrement des naissances. Les fiches de référence ne pouvaient pas être utilisées à cet effet à cause de ces implications financières. Nous avons encouragé les ASC à continuer la recherche des enfants et les responsables de FOSA à communiquer aux ASC la liste des enfants ayant manqué à leur rendez-vous en attendant la décision du niveau régional. Selon le chef de DS, le taux d'abandon par antigène a baissé mais nous ne pouvons pas l'attribuer uniquement à l'action des ASC puisque d'autres projets agissent dans ce domaine dans le DS.

### **5.2.1.5 Les indicateurs liés à la tuberculose**

Durant la période d'intervention, un seul patient perdu de vue au CDT a été retrouvé et 02 cas suspects TB référés et reçus à la FOSA. Il faut noter que de janvier à juin, tous les patients mis sous traitement antituberculeux ont régulièrement suivi leur traitement ; ce qui contraste avec les données de 2016 (19). Ces meilleures observances et adhérences pourraient s'expliquer par la sensibilisation au travers des plaidoyers, des CE et des VAD réalisés par les ASC mais seule l'étude d'impact nous permettra de vérifier cette hypothèse. Bien que les résultats pour la période d'intervention semblent probants, le CDT aurait dû bénéficier de la présence des ASC dans les AS pour retrouver tous les perdus de vue de l'année 2016 ce qui n'a pas été effectué.

### **5.2.1.6 Les indicateurs liés aux activités d'information et de communication.**

Les objectifs pour le premier semestre concernant ces indicateurs ont été atteints. Mais il faut noter qu'en analysant les données de façon mensuelle, on remarque une décroissance progressive du nombre d'activités. En fait, les objectifs mensuels de l'ASC pour ces indicateurs étaient 40 VAD, 01 CE et 01 plaidoyer. La prime variable devait être calculée à partir du nombre supplémentaire d'activités réalisées. Le grand retard accusé dans le paiement de la prime variable a contribué à ce que les ASC se contentent du minimum d'activités.

Très peu de causeries éducatives ont été supervisées par les chefs des AS. Cumulant tous la fonction de chef de l'aire de santé et de chef de centre de santé intégré, ils leur étaient difficile d'assister à toutes les CE comme prévues à cause des multiples conflits de calendrier d'activités. Mais les chefs des AS disent avoir été satisfaits des 14 CE auxquelles ils ont assisté. Ceci diffère de ce que nous avons observé durant la première supervision où seul un quart des ASC connaissaient le calendrier vaccinal. Nous le leur avons rappelé et montré qu'il se trouve dans le registre de consultation des enfants de 2 mois à 5 ans. Lors de la deuxième supervision, 90% connaissaient le calendrier vaccinal.

### **5.2.2 Supervision des ASC**

Les supervisions n'ont pas toujours été menées selon la méthodologie prévue. A cause de l'insécurité, du climat et des contraintes de temps, nous n'avons pas parfois assisté à une activité de communication pendant la supervision ou recueilli l'avis des chefs de ménages dans lesquels l'ASC avait effectué une VAD.

Durant la première supervision réalisée mars et avril, nous sommes rendus compte que celle-ci aurait dû être effectuée plus tôt comme le recommande l'OMS (28). Nous avons constaté qu'en dehors des rapports (qui étaient validés par le chef de l'AS avant l'envoi), les autres outils de

gestion étaient mal remplis et le calendrier vaccinal mal connu. Cette supervision tardive était due à un retard dans l'acheminement des fonds pour mener l'activité. Les conseils et le coaching ont été utilisés pour résoudre ce problème. L'incohérence des données dans les registres a été à l'origine du flou sur le paiement des primes variables puisque certaines activités réalisées n'avaient pas été correctement enregistrées.

La deuxième supervision nous a permis d'apprécier l'amélioration dans le remplissage des registres et la connaissance du calendrier vaccinal de l'enfant de 0 à 11 mois. Cependant, les plaintes et les faiblesses étaient pratiquement les mêmes identifiées en avril. La résolution de certains de ces problèmes était au-dessus de la compétence de l'équipe-projet qui a fait remonter l'information au niveau du sous-bénéficiaire du projet et à la délégation régionale de la santé Publique du Nord. Aussi, le discours de nombreux ASC laissait percevoir de la déception et de la démotivation.

### **5.2.3 Les réunions de coordination**

Elles permettaient de faire la synthèse des données dans les AS, de partager les expériences et les difficultés rencontrées et d'harmoniser le travail de terrain.

## **5.3 Points positifs et limites**

### **5.3.1 Les points positifs et les leçons apprises**

Au terme de notre stage, nous pouvons ressortir plusieurs leçons apprises :

- Le dispositif de formation : nous avons pu découvrir une nouvelle façon de former avec une formation initiale et une phase de suivi par la même équipe. Ceci a permis de mettre l'accent lors des supervisions sur les lacunes observées lors de la formation.
- La gestion de projet en milieu complexe ; tout au long de l'intervention, l'équipe projet a dû s'adapter aux réalités. Il y a eu plusieurs reports à gérer très souvent liés à la lenteur administrative. Au cours de la phase de suivi, elle a été confrontée à la gestion de la démotivation des ASC. L'équipe projet a dû faire face à toutes ces réalités et les gérer avec tact, pour mener à bien le projet.

### **5.3. Les limites**

La principale limite de ce travail réside dans le fait que nous n'avons pas pu participer à l'étude d'impact durant la période de notre stage, qui est prévue pour 2017. Les résultats de cette étude qui auraient été utiles pour apprécier si l'intervention réalisée a réellement porté du fruit.



Mais aussi, la dotation partielle en produits de santé et le retard dans le paiement des primes ont également constitué des limites à cette intervention.

## **5.4 Recommandations**

Au terme de notre stage, nous faisons les recommandations suivantes :

- **Aux ASC :**

Déposer les rapports mensuels dans les délais

Elaborer un planning des activités

- **Aux chefs des aires**

S'impliquer dans les activités des ASC

Coacher les ASC dans l'élaboration de leur planning d'activités

Mettre les intrants (TDR, ACT et Paracétamol) à la disposition des ASC

- **A l'équipe cadre de District**

D'effectuer un plaidoyer auprès du sous-bénéficiaire afin qu'il revoie le mode de paiement et dote les ASC de moyens de communication.

- **Au sous-bénéficiaire (Plan International Cameroon)**

Effectuer le paiement des ASC de façon mensuelle et en cash (pas en mobile money).

Inclure l'indicateur « nombre d'enfants non vaccinés ou perdus de vue à la vaccination » dans la fiche mensuelle de synthèse des activités au niveau des ASC.

Doter les ASC de moyens de communication (bicyclette, téléphone portable).

Augmenter le nombre de supervision des ASC par trimestre.

- **Aux autres partenaires**

Approvisionner les intrants pour la prise en charge des infections respiratoires et des diarrhées

## INDEX DES TABLES

	<b>Titres</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau 1</b>	Synthèse de la promptitude et de la complétude des rapports	19
<b>Tableau 2</b>	Répartition des cas de fièvre (paludisme simple)	20
<b>Tableau 3</b>	Répartition des cas d'IRA en fonction de l'âge et de la prise en charge	21
<b>Tableau 4</b>	Données des activités de communication	22
<b>Tableau 5</b>	Taux de réalisation par indicateur à la fin du premier semestre	23
<b>Tableau 6</b>	Recommandations issues des réunions de coordination des aires de santé	25

## INDEX DES ILLUSTRATIONS

	<b>Titres</b>	<b>Page</b>
<b>Figure 1</b>	Moyenne des notes obtenues au pré-test et au posttest par module	18
<b>Figure 2</b>	Nombre de cas reçus par l'ASC dans les 24-48h après l'apparition des symptômes	19
<b>Figure 3</b>	Répartition des cas de diarrhées simples en fonction de l'âge et de la prise en charge	20
<b>Figure 4</b>	Répartition des cas de malnutrition en fonction de l'âge	21

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fonds Mondial. Rapport 2016 sur les résultats. [Visité le 07/07/2017]. En ligne : [https://www.theglobalfund.org/media/1123/corporate\\_2016resultsreport\\_report\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/1123/corporate_2016resultsreport_report_fr.pdf)
2. Programme national de lutte contre la Tuberculose, Programme national de lutte contre le Paludisme, Groupe technique central du comité national de lutte contre le VIH/SIDA. Stratégies de mise en œuvre des interventions sous directives communautaires. Ministère de la santé publique ; Juillet 2016.
3. For Impacts in Social health. Analyse du système communautaire dans le cadre de la réponse contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose au Cameroun : Rapport final. Décembre 2016.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Interventions sous directives communautaires pour résoudre les grands problèmes de santé en Afrique : une étude multi-pays : Rapport final. 2009.
5. CORE Group, Save the Children, BASICS et MCHIP, 2012. La prise en charge des cas dans la communauté : éléments essentiels. Traitement des maladies courantes de l'enfant. Guide pour les gestionnaires de programme. Washington, DC.
6. Ministère de la Santé Publique. Plan d'accélération de la thérapie ARV au Cameroun 2016-2018. Mai 2015.
7. Ntapli A. Paludisme : une grande campagne pour prévenir la maladie chez les enfants. UNICEF Cameroun. 2013. [Visité le 07/08/2017]. En ligne : <https://www.unicef.org/cameroon/french/>
8. Programme national de lutte contre la Tuberculose, Programme national de lutte contre le Paludisme, Groupe technique central du comité national de lutte contre le VIH/SIDA. Plan détaillé de la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires de la note conceptuelle. Ministère de la santé publique ; Septembre 2016.
9. Ministère de la Santé Publique. Guide national d'intégration des activités sous directives communautaires. Septembre 2012.
10. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. 2014.
11. Comité national de lutte contre le SIDA. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2014-2017. Ministère de la Santé Publique. Décembre 2013.
12. Comité national de lutte contre le SIDA/Groupe technique central. Estimations et

- projections sur le VIH et le SIDA au Cameroun. Ministère de la Santé Publique/ONUSIDA. 2015
13. Comité national de lutte contre le SIDA/Groupe technique régional Nord. Rapport d'activités 2016.
  14. Unité de Prise en Charge du VIH/SIDA. Rapport de la réunion de rétention. Hôpital de District de Rey-Bouba. Décembre 2016.
  15. Boulahbal F, Chaudel P. La tuberculose en Afrique : Epidémiologie et mesures de lutte. *Med Trop* 2004 ; 64 : 224-228.
  16. The Global Fund. Cameroon country overview. [Visité le 07/08/2017]. En ligne : <https://www.globalfund/country overview>
  17. Programme national de lutte contre la tuberculose. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Cameroun 2015-2019.
  18. Programme national de lutte contre la tuberculose / Groupe technique régional Nord. Rapport d'activités 2016.
  19. Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose. Rapport 2016. Hôpital de District de Rey-Bouba. Janvier 2017.
  20. Programme national de lutte contre le Paludisme. Plan stratégique national de lutte contre le Paludisme au Cameroun 2014-2018. Avril 2014
  21. Programme national de lutte contre la tuberculose / Groupe technique régional de lutte contre le paludisme. Rapport d'activités Année 2016\_Région Nord.
  22. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. OMS. 1946. En ligne : <http://www.who.int/about/mission/fr/>
  23. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Glossaire de la promotion de la santé. Organisation Mondiale de la santé. 1998 <http://www.who.int/iris/handle/10665/67245>
  24. Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (Unicef). Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève: OMS; 1978. (Santé pour tous ; n°1). Déclaration d'Alma-Ata ; pp. 2-6. [Visité le 12/08/2017].  
En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf?ua=1>.
  25. Lefeuvre D, Dieng M, Lamara F, Raguin G, Michon C. Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, vol. 26,(6), 879-888. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-879.htm>.
  26. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé - Charte d'Ottawa. OMS. 1986. <http://www.who.int/iris/handle/10665/59557>

27. Hermann K, Van Damme W, Pariyo GW, Schouten E, Assefa Y, Cirera A, et al. Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience--capitalizing on new opportunities. *Hum Resour Health*. 2009;7:31. doi: 10.1186/1478-4491-7-31.
28. Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D van. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy Plan*. 2008;23(3):179-87. doi: 10.1093/heapol/czn006.
29. World Health Organization (WHO). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines 2008. 96 p. Genève : WHO ; 2008. [Visité le 04/08/2017]. En ligne : [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/)
30. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane database of systematic reviews*, March 2010
31. Simon S, Chu K, Frieden M, Candrinho B, Ford N, Schneider H, et al. An integrated approach of community health worker support for HIV/AIDS and TB care in Angónia district, Mozambique. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9:13. doi: 10.1186/1472-698X-9-13.

## ANNEXES

### 1. Annexe I : Agenda de formation des agents de santé communautaires en vue de la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires

Horaires	Thèmes	Facilitateurs
<b>J0</b>		
	Arrivée des facilitateurs de DS et des aires de sante	<b>CDS</b>
	Réunion préparatoire de la formation	
	Arrivée des participants	
<b>J1</b>		
08h30 - 09h30	Présentation et inscription des ASC	<b>Facilitateurs</b>
	Modalités pratiques, normes, attentes	
	Désignation des rapporteurs	
09h30 - 10h00	Evaluation initiale (Pré test générique)	<b>Facilitateurs</b>
10 h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 12h00	<b>Pré test et Présentation du module Généralités (1)</b>	<b>Facilitateur</b>
12h00 -12h30	Discussions	<b>Facilitateurs</b>
	Jeu de rôle/ exercices pratiques	
	Post test Synthèse	
12h30 - 13h30	Pause-déjeuner	
13h00 - 17h00	<b>Pré test et Présentation du Module C4D (2)</b>	<b>Point focal C4D</b>
	Présentation des outils	
	Discussions Répartition des groupes pour exercices pratiques	
17h00- 17h30	Post test Synthèse	
	Evaluation de la journée	
<b>J2</b>		
08h30 - 09h00	Arrivée et installation des participants Présentation du Rapport J1 rappel J1	<b>facilitateurs</b>
09H00- 10H00	Travaux de groupe C4D	<b>Point focal C4D</b>
10h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 12h00	Restitutions des Exercices du module C4D - Jeux de rôles, Démonstration Présentation des outils Post test Synthèse	
12h00 - 13h00	Pause-déjeuner	
13H00- 16h00	<b>Pré test et présentation du Module Diarrhée (3)</b> <b>Pré test et présentation du Module WASH (4)</b>	<b>Point Focal Wash</b>
16h00-17h00	Les outils	

	Exercices des modules diarrhée Restitution des exercices Présentation des outils Discussions	
17h 00- 17h30	Post test et Synthèse Evaluation de la journée	
<b>J3</b>		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J2 Amendement et adoption Rappel J2	
09H-10H30	<b>Pré test et Présentation du Module Paludisme (5)</b>	<b>UR - Palu</b>
10h30 - 11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	<b>Présentation du Module Paludisme</b> Les outils Discussions Répartition des participants en groupe et TDR des travaux de groupe et jeu de rôle	<b>idem</b>
12h30 - 13h30	Pause-déjeuner	
13h30 - 14h30	Exercices pratiques (TDR, traitement, etc) jeux de rôles et remplissage des outils Palu Les outils	
14H30-16h30	<b>Réalisation du TDR</b>	
16h30 - 17h00	Evaluation de la journée Post test et synthèses	
<b>J4</b>		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J3 Amendement et adoption du rapport Rappel J3	
09h30 - 10h30	Pré test et <b>Présentation du Module Santé de l'enfant et Vaccination (6)</b>	<b>UR-PEV</b>
10h30-11h	Pause-café	
11h00 - 12h00	<b>Module santé de l'enfant et vaccination (suite)</b> Les outils Discussion	
12h00- 1300	Exercices pratiques sur la vaccination Restitution Discussions Post test et synthèse	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 - 15h30	Pré test et <b>Présentation des Modules TB/VIH (7)</b> <b>Module TB</b>	
15h30 - 16h30	Exercices du module TB	
16h30 – 1730	Les outils Evaluation de la journée Post test synthèses	
<b>J5</b>		



08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J4 Amendements du rapport Rappel de J4	
09h30 - 10h30	<b>Présentation des Modules TB/VIH : Pré test et présentation du Module VIH</b>	<b>Ur-TB/VIH</b>
10h30-11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	<b>Module VIH (suite)</b> <b>Les outils</b> TDR pour les exercices pratiques et jeu de rôle sur TB/VIH	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00-16h30	Travaux de groupe sur le module VIH Restitution des exercices et jeu de rôle Démonstrations (port du préservatif)	
16h30-17h00	Discussions Post test et synthèse Evaluation de la journée	
<b>J6</b>		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J5 Amendement et adoption du rapport Rappel J5	
09h30- 11h	<b>Pré test et présentation du Module IRA( 8)</b>	<b>facilitateur</b>
11h00 - 11h30	Pause-café	
11h30 - 12h30	<b>Module IRA (Suite)</b> <b>Les outils</b> Exercices pratiques et restitution Discussion Synthèse	
12h30 - 14h00	Pause-déjeuner	
14h00 - 16h00	<b>Présentation du Module Sante de la mère et planning familial (9)</b>	<b>PF régional</b>
16h00 - 17h00	Les outils Exercices pratiques et restitution Discussion générales	
17h00 - 17h30	Post test et Synthèse Evaluation de la journée	
<b>J7</b>		
08h30 - 09h00	Présentation du Rapport J6 Amendement et adoption Rappel J6	
09h00-10H	<b>Pré test et Présentation du module Nutrition (10)</b>	<b>Point focal régional</b>
10h00-10h30	Pause-café	
10h30 - 13h30	Présentation Module nutrition (suite) Les outils	
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	

14h00 - 16h30	Restitution des exercices sur la nutrition Discussion générales	
16h30 - 17h30	Post test et synthèse Evaluation de la journée	
<b>J8</b>		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J7 Amendement et adoption du rapport Rappel J7	
09h30 - 10h30	Pré test et <b>Présentation du Module Violences Basées sur le genre( 11)</b>	<b>Point focal régional</b>
01h30 - 11h00	Pause-café	
11h00- 12H00	Les outils Discussion générales Restitution des exercices et travaux de groupe Exercices pratiques <b>Post test et synthèse</b>	
12h00 – 13h00		
13h00 - 15h00	<b>Pré test et Présentation du Module Santé du nouveau-né et enregistrement des naissances (12)</b> <b>Discussions</b>	
15h00-16h00	Les outils Exercices pratiques Restitutions des exercices	
16h00 – 16h30	Discussions générales	
	Post test Synthèse de la journée Evaluation de la journée	
<b>J9</b>		
08h30 - 09h30	Présentation du Rapport J8 Amendement et adoption du rapport Rappel J8	
09h30-10h30	<b>Pré test et Présentation du module surveillance : surveillance des décès maternels (13)</b> Le circuit de transmission des données La gestion des médicaments et intrants par l'ASC (consommation moyenne mensuelle, expression des besoins) <b>Les outils</b> <b>Discussion</b>	<b>Point focal</b>
10h30 - 11h00	Pause-café	
11h00 - 13h00	<b>Présentation des outils de gestion (fiche de consultation enfants et adultes, formulaire de rapport mensuel)</b> <b>Cas pratique : remplissage des outils de collecte des données de l'ASC</b>	<b>Facilitateur</b>
13h00 - 14h00	Pause-déjeuner	
13h30 - 16h00	<b>Présentation des outils de gestion (fiche de consultation enfants et adultes, formulaire de rapport</b>	<b>Facilitateur</b>

	<b>mensuel) ( suite )</b> <b>Cas pratique : remplissage des outils de gestion présentés : registres, fiches, check-list, bon de commande...</b>	
16h00 - 17h00	Discussions Synthèse Evaluation de la journée	
<b>J10</b>		
08h00 - 08h30	Présentation du Rapport J9 Amendement et adoption du rapport Rappel J9	
08h30 - 09h00	Remplissage des outils (suite)	
10h00 - 10h30	Pause-café	
10h30 - 11h30	<b>Supervision des activités des ASC</b> <b>Présentation des outils et du matériel de l'ASC</b>	<b>Facilitateur et OSD</b>
11h30-12h00	<b>Evaluation finale (post-test générique)</b>	
12h00-13h00	Evaluation générale de l'atelier Présentation du Rapport J10 Recommandations générale	
13h00 - 14h00	<b>Remise officielle du matériel de travail par l'autorité compétente</b> <b>Clôture de l'atelier</b>	<b>DRSP programme PNLMNI</b>
14h00 - 15h00	Pause déjeuner et fin	

## 2. Annexe II : Fiche de synthèse mensuelle des activités au niveau des ASC

### FICHE DE SYNTHESE MENSUELLE DES ACTIVITES AU NIVEAU DES ASC

Région District de Santé de : \_\_\_\_\_ Aire de Santé de : \_\_\_\_\_ Village/Quartier \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'ASC : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### DONNEES SUR LES ACTIVITES

Données sur les activités	Nombre Total	Enfant de 2 mois à 5 ans		Enfant de plus 5 ans et adultes	
		Nombre traité	Nombre référés	Nombre traités	Nombre référés
Nombre de cas reçu par l'ASC dans les 24- 48 h après apparition des symptômes					
Cas de fièvre (paludisme)					
Cas de diarrhées (simples)					
Cas de maladies respiratoires (fièvre + toux + respiration rapide)					
Cas de malnutrition dépistés et référés au FOSA					
Femmes enceintes perdue à la CPN ou n'ayant pas débuté la CPN référée et reçue à la FOSA					
Nouveau-né en communauté ou n'ayant pas respecté son rendez-vous de consultation post-natal à 6 semaines référé et reçu à la FOSA					
Nombre de femmes enceintes référées au FOSA au cours du mois pour signes de dangers (saignement, maux de tête, corps chaud, pieds gonflés, fatigue, yeux jaunes, vomissements, mal de ventre, etc)					
Femmes enceintes ayant reçu le TPI					
Femmes enceintes ayant reçu des comprimés de Fer/ Acide folique					
Nombre d'accouchées supplémentées en Vitamine A 200.000UI (rouge)					
Nombre d'enfants de 6- 11 mois supplémentés en Vitamine A 100.000 UI (bleu)					
Nombre d'enfants de 12- 59 -mois supplémentés en Vitamine A 200.000UI (rouge)					
Nombre d'enfants de 12 à 59 mois déparasités					

Détection des violences	Nombre Total		Nombre gérés via médiation		Nombre référés
	M	F	M	F	
Cas identifiés de violences sur enfants					
Cas de violence basé sur le genre					

Enregistrement de naissances	0-2 mois	3 mois et plus	Nombre enregistrés ayant obtenu leur acte au cours de ce mois
Nombres de nouveaux nés suivi			
Nombres de nouveaux nés référés			
Nombre de naissances enregistrées			
Nombres d'enfants enregistrés par jugement supplétifs (procédure terminée)			

Activités de communication	Nombre	Personnes touchées
Plaidoyer		H = F =
VAD effectuées		H = F =
Causeries éducatives menées		H = F =
Nombre de couples avec femmes enceintes sensibilisées sur le plan d'accouchement		H = F =

#### GESTION DE STOCK

Médicaments	Quantité début mois	Quantité reçue au cours du mois	Quantité fin mois	Quantité utilisée	Recettes
ASAQ 1- Blister 3 cp pour les 2 - 11mois					
ASAQ 2- Blister 3 cp pour les 1 - 5 ans					
ASAQ 3- Blister 3 cp pour les 6 - 13 ans					
ASAQ 4 - Blister 6 cp pour les 14 ans et +					

Paracétamol cp 100 mg					
Paracétamol cp 500 mg					
Paracétamol sirop 125/5ml					
TDR (Kit)					
SRO (Sachet)					
Zinc comprimé					
Amoxicilline sirop 250mg/5ml					
Amoxicilline comprimés 250 mg					
Amoxicilline dispersible					
Amoxicilline Comprimés 500mg					
Sulfadoxine-Pyriméthamine					
Fer+ Acide Folique					
Mébéndazole					
Pilule					
Contraceptifs injectables					
Préservatifs Masculins					
Préservatifs Féminins					
Autres					

**MONTANT VERSE AU CENTRE DE SANTE** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Signature de l'ASC /CCSI** \_\_\_\_\_

**3. Annexe III : Fiche de suivi des médicaments et des recettes au niveau de la formation sanitaire**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie  
-----



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland  
-----

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----

**FICHE DE SUIVI DES MEDICAMENTS ET DES RECETTES AU NIVEAU DE LA FORMATION SANITAIRE**

**REGION :** \_\_\_\_\_ **DISTRICT DE SANTE** \_\_\_\_\_

**Aire de santé** \_\_\_\_\_ **Village :** \_\_\_\_\_

**Nom- Prénom de l'ASC :** \_\_\_\_\_

**ANNEE** \_\_\_\_\_ **MOIS** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

N <sup>o</sup>	Désignation	Quantités demandée	Quantité reçue	Quantité vendue/dis tribuée	Coût d'achat des médicaments*	Recettes réelles	Bénéfice au profit de l'ASC	Solde de la période précédente	Observations
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									

14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
	<b>TOTAL</b>								

*L'ASC est tenu de ramener le reçu délivré par le commis lors de son précédent passage*



#### 4. Annexe III : Fiche de synthèse mensuelle des activités au niveau des ASC

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

### GRILLE DE SUPERVISION DE L'ASC

<b>REGION :</b> _____	<b>DISTRICT DE SANTE</b> _____	<b>AIRE DE SANTE</b> _____
<b>NOM DE L'ASC</b> _____	<b>DATE</b> _____	
<b>SUPERVISION</b> ____/____/____		
<b>NOM DU SUPERVISEUR</b> _____		

#### I. PREPARATION

**Date de la précédente supervision :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Le supervisé a-t-il été informé à temps ? \_\_\_\_\_

Points importants à superviser :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Mise en œuvre des recommandations de la dernière supervision

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### II. TACHES A OBSERVER

Questions	Situation		Observation
	OU I	NO N	
<b>COMMUNICATION</b>			
<b>Activité à observer (cocher) : VAD/ / Causerie Educative / /</b>			
Est-ce qu'il fixe les membres du groupe / ménage ? (histoire, sketch, etc.)			
Est-ce qu'il utilise un outil de communication ? (boite à image, poster, radio, etc.)			
Est-ce qu'il fait participer le groupe / ménage ? (femmes, hommes, enfants à préciser)			
Est-ce qu'il répond aux questions /pose des questions au groupe			

/ménage ?			
Est-ce qu'il aborde les stratégies de préventions ?			
Demande-t-il à un membre du groupe / ménage de faire la synthèse de la séance ?			
Est-ce qu'il évalue la communication en impliquant le groupe/ménage ?			
Est-ce qu'il donne à la fin les messages clés ?			
Est-ce qu'il utilise un outil de collecte des informations et les enregistrent ?			
S'accorde-t-il avec le groupe/ ménage sur le prochain thème et rendez-vous ?			
<b>POUR LA PROMOTION DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT</b>			
<b>1. Promotion des pratiques familiales essentielles</b>			
Sensibilise-t-il les mamans sur l'importance de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois ?			
Sensibilise-t-il sur l'importance d'une alimentation équilibrée à travers un outil approprié?			
Sensibilise-t-il sur l'importance du lavage des mains, utilisation des latrines et consommation de l'eau propre ?			
Sensibilise-t-il sur la bonne utilisation des MILDA ?			
Sensibilise-t-il sur l'utilisation des services de vaccination, consultation pré et post natale?			
Sensibilise-t-il sur l'accouchement dans les FOSA et le suivi post natal des mères et des enfants ?			
Sensibilise-t-il sur l'espacement de naissance/PF ?			
S'assure-t-il que tous les enfants de sa communauté ont des actes de naissances ?			
Accompagne-t-il les parents pour l'établissement de l'acte de naissance de leurs enfants à l'état civil ?			
<b>2. Malnutrition</b>			
Mesure et Recherche-il les enfants malnutris (périmètre brachial et œdèmes) et accompagne-t-il le parent et l'enfant dans la formation sanitaire la plus proche ?			
<b>POUR LA PREVENTION DES MALADIES</b>			
<b>1. Prévention du paludisme et autres maladies</b>			
Recherche et enregistre-t-il tous les nouveaux nés dans la communauté pour les accompagner dans la FOSA la plus proche?			
Recherche, enregistre et réfère-t-il tout cas de maladie qu'il ne peut pas traiter (toux, fièvre, diarrhée, malnutrition etc.) dans la FOSA la plus proche ?			
recherche, enregistre et réfère-t-il tout enfant avec signes de danger dans la FOSA la plus proche?			
Recherche, enregistre et réfère-t-il toutes femmes enceintes avec signes de danger ? (saignement, gonflement des pieds, maux de tête persistants, évanouissement, fièvre, douleurs abdominales...)			
<b>2. Vaccination et surveillance communautaire des maladies à potentiel épidémique</b>			
Enregistre-t-il tous les enfants âgés de 0-11 mois qui sont dans sa communauté ?			
Participe-t-il à l'organisation des séances de vaccination en stratégie avancée dans sa communauté?			

Recherche, détecte et notifie-t-il tous les cas suspects de maladies a potentiel épidémique sous surveillance communautaire ? (rougeole, PFA, TNN, fièvre jaune, choléra, etc.)			
<b>PRISE EN CHARGE DES MALADIES</b>			
<b>1. Pour la prise en charge des IRA/diarrhée/paludisme simple/</b>			
Respecte-t-il les étapes de la PEC des IRA/diarrhée/paludisme simple ?			
Enregistre-t-il tous les cas ?			
<b>2. Prise en charge du VIH, IST, tuberculose et autres maladies</b>			
Fait-il la promotion de l'utilisation correcte du préservatif ?			
Sensibilise-t-il les populations (y compris la femme enceinte) au dépistage volontaire ?			
Sensibilise-t-il les populations pour la lutte contre la stigmatisation ?			
<b>3. Visite à domicile</b>			
Effectue-t-il la VAD selon les normes ? (négocie-t-il un rendez-vous et thème, apprête les outils de communication)			
Respecte-t-il la confidentialité des personnes malades dans la communauté ?			
Aborde la problématique des effets indésirables ?			
Encourage le patient à bien prendre les traitements ?			
Recherche-t-il des cas de mauvais traitement (Violences de toute nature) dans les ménages, les identifie te les dénonce-t-il ? combien de cas a-il dénoncé au cours du dernier trimestre ?			
Sensibilise-t-il les familles et les communautés au sujet des violences ?			
<b>4. Recherche des patients non observant et perdu de vue</b>			
Enregistre-t-il tous les cas non observant ou perdu de vue dans un registre approprié ? Si oui précisez le ou les cas ?			
<b>REFERENCE ET CONTRE REFERENCE</b>			
Dispose-t-il du carnet de référence/contre référence ?			
Le carnet de référence est-il bien rempli ?			
L'ASC a-t-il rencontré les problèmes lors de la référence ? Si oui, lesquels ?			
<b>OBSERVANCE ET GESTION DES MEDICAMENTS</b>			
Utilise-t-il la fiche de suivi de consommation journalière des médicaments.			
A-t-il eu des ruptures de stock des médicaments cours du mois ? Si oui, lister ces médicaments			
Vérifie-t-il que le patient / parent respecte la forme, la dose, la voie d'administration et la durée du traitement prescrit et que les médicaments sont pris aux bons moments ?			
Aborde-t-il la problématique des effets indésirables et réfère immédiatement tous les cas ?			
<b>REPLISSAGE DES OUTILS DE COLLECTE</b>			
L'ASC a-t-il tous les outils ? si non lister ceux qui manquent			
L'ASC remplit correctement tous les outils ?			
L'ASC remplit correctement la fiche de synthèse mensuelle des prestations de l'ASC ?			
<b>MOTIVATION DE L'ASC PAR LA COMMUNAUTE</b>			
L'ASC a-t-il perçu son indemnité le mois précédent ?			
la communauté contribue-t-elle à la motivation de l'ASC ?			

Si oui comment ? si non pourquoi ?			
L'ASC a-t-il déjà reçu la motivation financière issue des médicaments vendus?			
<b>SUIVI ET SUPERVISION</b>			
l'ASC a-t-il été supervisé au cours des trois dernier mois ?			
Si oui, par qui ? poser les questions de vérification, fréquences ?			
<b>REVUE DOCUMENTAIRE DES ACTIVITES MENEES</b>			
ACTIVITES MENEES	NB RE	OBSERVATIONS	
Nombre de visites à domicile effectuées au cours du dernier mois			
Nombre de causeries éducatives menées au cours du dernier mois			
Nombre de mères / parents sensibilisés au cours du dernier mois			
Nombre de femmes enceintes référées au cours du dernier mois			
Quels sont les thèmes développés ?			
Est-ce que les populations sont réceptives par rapport aux ABC			
Est-ce que les rapports des trois derniers mois sont disponibles			
Est-ce que les rapports des trois derniers mois ont été transmis à temps (entre le 25 et le 30 du mois en cours)			

### III- CONCLUSIONS/ANALYSES

#### i. Problèmes relevés

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- 4 - \_\_\_\_\_

#### ii. Solutions apportées

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- 4 - \_\_\_\_\_

#### iii. Points à revoir au cours de la prochaine supervision

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- 4 - \_\_\_\_\_

#### iv. Actions à entreprendre

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- 4 - \_\_\_\_\_
- 5 - \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_

NOM & SIGNATURE DU SUPERVISÉ

\_\_\_\_\_  
NOM & SIGNATURE DU SUPERVISEUR

## RESUME

**Contexte :** Dans le cadre du nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial, le Ministère de la santé publique du Cameroun bénéficie d'une subvention pour la mise en œuvre des activités sous directives communautaires portant sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Ceci concerne les 69 districts de santé prioritaires (parmi lesquels celui de Rey-Bouba) où les indicateurs de santé pour ces trois maladies sont faibles. Le projet inclut aussi d'autres maladies communautaires à savoir la malnutrition, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës, les maladies évitables par la vaccination dont le financement est assuré par d'autres partenaires (OMS, UNICEF, ONUSIDA ...).

**Objectif :** Accompagner le processus de formation et de suivi des activités des agents de santé communautaire en participant au pilotage du projet au niveau du District de Santé de Rey-Bouba.

**Méthode :** Nous avons mené une intervention de promotion de la santé pendant 6 mois dans le District de santé de Rey-Bouba. Celle-ci comptait 2 phases : la première pendant laquelle nous avons formé les agents de santé de communautaire (ASC) par une approche pédagogique participative ; puis la deuxième, la phase de suivi sur le terrain faite de supervisions trimestrielles sur site des ASC et de réunions de coordination.

**Résultats :** Tous les ASC sélectionnés (114) ont été formés et déployés dans les aires de santé. Tous les patients ont été reçus dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. Ils ont suspecté le paludisme chez 5930 patients et l'ont confirmé au TDR chez 92% d'entre eux. Tous les cas confirmés ont été traités avec des ACT. Les cas de diarrhées simples concernaient surtout les enfants de 2 mois à 5ans qui étaient référés dans 72,6% des cas dans la formation sanitaire. Des 565 cas d'infections respiratoires aiguës, moins de 10% ont été traités en communauté. Les ASC ont suspecté la tuberculose chez 2 personnes qu'ils ont référé à la FOSA. Ils ont également retrouvé un patient tuberculeux perdu de vue dans le cadre de son traitement. Ils ont réalisé 1868 causeries éducatives, 28724 visites à domicile et 1029 plaidoyers. Les principaux problèmes identifiés par l'équipe projet de district étaient le mauvais remplissage des registres, l'incohérence des données dans les registres, la mauvaise gestion des intrants et l'absence de planning des activités. Les plaintes des ASC étaient l'irrégularité dans le paiement des primes, la faible implication des chefs des aires, les supervisions insuffisantes, la rupture des intrants, absence de moyens de communication.

**Discussion :** Malgré la démotivation des ASC du fait du retard accusé dans le paiement de leur prime, les objectifs concernant les indicateurs liés au paludisme ont été atteints. Cependant, la population cible a probablement été sous-estimée vu le taux de réalisation. Les indicateurs concernant les diarrhées, les infections respiratoires aiguës sont difficiles à interpréter à cause de l'absence d'intrants pour leur prise en charge dans la dotation initiale en produits de santé. Les activités de communication ont été réalisées selon les clauses du contrat des ASC.

**Conclusion :** Cette intervention a permis d'habiliter des communautaires à prendre des mesures efficaces et durables pour la prévention et la réduction des maladies communautaires par des pratiques favorables à la promotion des comportements sains dans le District de santé de Rey Bouba.

**Mots clés :** Agent de santé communautaire, Tuberculose, Paludisme, Causeries éducatives, visite à domicile.

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Under the new funding mechanism of the Global Fund, the Cameroon public health ministry receives a grant for the implementation of community-based activities on HIV / AIDS, Tuberculosis and Malaria. This concerns the 69 priority health districts (including Rey-Bouba) where health indicators for these three diseases are low. The project also includes other community-based diseases such as malnutrition, diarrhoea, acute respiratory infections, vaccine-preventable diseases funded by other partners (WHO, UNICEF, UNAIDS ...).

**OBJECTIVE:** Accompany the training and follow-up process of the activities of the community health workers by participating in the project management at the level of the health district of Rey-Bouba.

**METHOD:** We carried out a health promotion intervention for 6 months in the Rey-Bouba health district. This project was made of two phases: the first during which we trained community health workers (CHWs) through a participative pedagogical approach; then the second, the field monitoring phase of quarterly on-site monitoring of CHWs and coordination meetings.

**RESULTS:** All selected CHWs (114) were trained and deployed in the health areas. All the patients were received within 48 hours of onset of symptoms. They suspected malaria in 5930 patients and confirmed it with rapid diagnosis test in 92% of them. All confirmed cases were treated with ACT. Most of simple cases of diarrhoea occurred in children aged 2 months to 5 years who were referred in 72.6% of cases to the health facility. Of the 565 cases of acute respiratory infections, fewer than 10% were treated in community settings. CHW suspected tuberculosis in 2 people who they referred to health facility. They also found a tuberculous patient who stopped his treatment before the end. They conducted 1868 educational talks, 28,724 home visits and 1029 pleadings. The main problems identified by the district project team were inadequate recording and reporting, data inconsistency in registers, poor input management and lack of activities planning. The complaints of the CHWs were the irregularity in the payment of their bonus, the low involvement of the chiefs of the health areas, the insufficient supervision, the stock out of the inputs, the lack of means of communication.

**DISCUSSION:** Despite the demotivation of CHWs due to the delay in paying their bonus, the targets for malaria-related indicators were met. However, the target population was probably underestimated given the rate of achievement. Indicators for diarrhoea, acute respiratory infections are difficult to interpret because of the lack of inputs for their management in the initial health product endowment. The communication activities were carried out in accordance with the provisions of the CHW contract.

**CONCLUSION:** This intervention has empowered communities to take effective and sustainable measures for the prevention and reduction of community-based diseases through practices that promote healthy behaviours in the Rey Bouba health district.

**KEYWORDS:** Community health worker, Tuberculosis, Malaria, Health education, Home visit.

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

DISTRICT DE SANTE DE REY-BOUBA

BOITE POSTALE : 311 REY- BOUBA, CAMEROUN