



POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Publication : Octobre 2019

© photo de couverture : Treméau/Fonds Français Muskoka

POLITIQUES ET PROGRAMMES
DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

ACRONYMES

AC	Agents communautaires (Sénégal)	FBR	Financement Basé sur les Résultats
ACPP	Acteur Communautaire de Prévention et de Promotion (Sénégal)	GAC	Affaires mondiales Canada (en anglais : Global Affairs Canada - ex-CIDA/ACDI)
APP	Agents pour la Promotion et la Prévention (Niger)	GCLSI	Gestion la chaîne logistique et système d'information
ASACO	Associations de santé communautaire (Mali)	GTT	Groupe Technique de Travail (Côte d'Ivoire)
ASBC	Agent de santé à base communautaire (Burkina Faso)	IRA	Infection respiratoire aiguë
ASC	Agents de Santé Communautaire	HPV	Vaccination contre le papillomavirus humain
ATPE	Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi	KMC	Méthode de portage Kangourou (en anglais : Kangaroo Mother Care)
BEPC	Brevet d'Etudes du Premier Cycle (systèmes éducatifs francophones - 14/15 ans)	LGA	Secteur administratif Local (en anglais : Local Government Area - Nigéria)
CAC	Cellule d'animation communautaire (RDC)	MAM	Malnutrition aiguë modérée
CBC	Accompagnante à la naissance communautaire/doula (en anglais : Community Birth Companion - Gambie)	MAS	Malnutrition aiguë sévère
C4D	Communication pour le développement	MGF	Mutilations génitales féminines
CHA	Assistant de santé communautaire (en anglais : Community Health Assistant - Libéria)	MID	Moustiquaire à Imprégnation Durable
CHEW	Agents de vulgarisation de la santé communautaire (en anglais : Community Health Extension Worker - Nigéria)	MS	Ministère de la Santé
CHN	Infirmière en santé communautaire (en anglais : Community Health Nurse - Gambie)	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CHO	Officier de santé communautaire (en anglais : Community Health Officer - Ghana)	ONG	Organisation non-gouvernementale
CHV	Volontaire de Santé Communautaire (en anglais : Community Health Volunteer - Ghana, Libéria)	OSC	Organisations de la société civile
CMHO	Travailleur psycho-social (en anglais : Community Mental Health Officers - Ghana, Cameroun)	PB	Périmètre brachial
CORP	Personne ressource orientée vers la Communauté (en anglais : Community Oriented Resource Person - Nigéria)	PCIME-C	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans la communauté
CPN	Consultation Périnatale	PHC	Soins de santé primaire (en anglais : Primary Health Care - Gambie)
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier	PHU	Unité de Santé Publique (en anglais : Public Health Unit - Sierra Leone)
CSCOM	Centre de santé communautaire (Mali)	PNM	Poudres de Micronutriments
DEF	Diplôme d'Etudes Fondamentales (Mali - 8/9 ans)	PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant
DFID	Département pour le Développement international du Royaume-Uni (en anglais : Department for International Development)	RECO	Volontaire de la communauté (RDC)
DHIS2	Logiciel d'information sur la santé au niveau des districts (en anglais : District Health Information Software version 2)	S&E	Suivi et Evaluation
DPE	Développement de la Petite Enfance	SRO	Solutés de Réhydratation Orale
DSDOM	Home healthcare provider (Dispensateur de Soins à Domicile - Sénégal)	TCA	Traitement combiné à base d'artémisinine
EBV	Virus d'Epstein-Barr	TDR	Test diagnostique rapide (paludisme)
eTME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH	TOD	Traitement sous Observation Directe
		TPIg	Traitement intermittent du paludisme au cours de la grossesse
		VHW	Agent de santé villageois (en anglais : Village Health Worker - Gambie, Libéria)
		WCA	Afrique de l'Ouest et de Centre (en anglais : West and Central Africa)
		WCARO	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (en anglais : West and Central Africa Regional Office)

CONTRIBUTIONS ET REMERCIEMENTS

Ce travail a été initié et coordonné par Magali Romedenne (Spécialiste en Santé communautaire, UNICEF Bureau régional pour l’Afrique de l’Ouest et du Centre), sous la supervision de René Ekpini (Conseiller Régional en Santé, UNICEF WCARO). La revue documentaire, la collecte de données, l’analyse et la rédaction du rapport ont été menées par Leslie Dubent (Consultante en Santé publique, UNICEF WCARO).

Les équipes-pays étaient constituées de cadres des Ministères de la Santé (MS) et des personnels de l’UNICEF issus des 20 pays où fut réalisée l’étude. Furent impliqués dans l’étude : au **Bénin** : Denis Sossa (MS) et Gilbert Vissoh, Soliou Badarou, Adama Ouedraogo (UNICEF); au **Burkina Faso** : Neya Christelle Ouédraogo, Valérie Zombré Sanon, Daouda Akabi, Kafando Awa Ouédraogo, Yaméogo Issaka (MS) et Denis Bakunzi Muhoza, Yemdame Bangagne (UNICEF); au **Cameroun** : Manjo Mathilda (MS) et Grégoire Kananda, Augustin Rashidi Maulidi Amboko (UNICEF); en **République de Centre Afrique** : Oscar Bekaka Youle Dobinet, Aimé Théodore Dodane (MS) et Emmanuel Wansi, Faton Mehoundo (UNICEF); au **Tchad** : Mahamat Tidjani Ali, (MS) et Célestin Traoré, Thomas Morban, Marie Claire Mutanda, Morgaye Gueim, Mamadou N’Diaye (UNICEF); en **Côte d’Ivoire** : Simplicie Dagnan, Mamadou Samba, Adama Sanogo Pongathie (MOH) and Bechir Aounen, Bruno Aholoukpe, Alimata Diakite Sow (UNICEF); en **République du Congo** : Ludovic Gnekoumou Libaba, Gabrielle Ossenza, Daniel Mfoutou, Josh Mberi, Paul Nzaba (MS) et Hermann Boris Didi Ngossaki, Mayeul Patrick Moukoulou Lwamba, Belem Elisabeth Kiendrebeo (UNICEF); en **Gambie** : Musa. M. Loum, Ebrima Bah, Modou Njai, Haddy Badjie, Kausu Bojang, Fatou O Sowe, Ousman Ceesay, Lamin B. Jawara, Modou Njie, Alhagie Sangareh, Ngally Abubacarr Sambou, Baba Galleh Jallow, Lamin Ceesay, Modou Njie (MS) et Mariama Janneh (UNICEF); au **Ghana** : Charles Adjei Acquah, Koku Awoonor (MOH) et Daniel Yayemain (UNICEF); en **Guinée** : Facinet Yattara, Emmanuel Roland Malano (MS); en **Guinée Bissau** : Pedro Vaz (MOH), and Jean-Claude Mubalama, Umaro Ba, Sofia De Oliviera, Zaira Rodriguez (UNICEF); au **Libéria** : Tamba Boima (MS) et Anthony Yeakpalah, Anju Puri (UNICEF); au **Mali** : Maiga Oumou Maiga, Plea Boureima (MS) et Samba Diarra, Sekou Oumar Diarra (UNICEF); en **Mauritanie** : Aly Cheibany Cheikh Ahmed (MS) et Kalidou Samba Ba (UNICEF); au **Niger** : Soughia Mariama, Hamidou Atta (MS) et Mariam Sylla Diène, Awa Seck, Fatima Hachimou (UNICEF); au **Nigéria** : E. Meribole, Anthony Adoghe (MS) et Fatima Cheshi (UNICEF); en **République démocratique du Congo** : Moise Kakule Kanyere, John Tony Bakukulu (MS) et Tony Byamungu, Rie Takesue (UNICEF); au **Sénégal** : Khady Seck, Fatou Berete Ndiaye Niang, Amy Mbacké, Alioune Tall, Anta Diaw, Sadiya Aidara (MS), Hassane Yaradou (USAID), Judith Tsague (MEASURE) et Aida Gadiaga (UNICEF); en **Sierra Leone** : Alpha Bangura, Joseph Bangura (MS) et Hailemariam Legesse (UNICEF); au **Togo** : Abdoukarim Naba Mouchadou (MS) et Marie Therese Guigui, Akouété Afanou (UNICEF).

La coordination de ce travail a été financée sur ressources internes de l’UNICEF. Un apport complémentaire a été assuré par le Fonds Français Muskoka permettant de couvrir le recrutement de la consultante ainsi que la publication de l’étude. Cet appui financier est vivement apprécié.

TABLE DES MATIÈRES



Liste des graphiques	8
Liste des tableaux	9
Liste des encadrés	9
Résumé exécutif	10
Contexte	11
Objectifs	12
Méthodologie	13
Résultats	14
1. COORDINATION ET DÉFINITION DES POLITIQUES	14
 1.1. Documents de politique et stratégies	14
1.2. Principes clés	15
1.3. Analyse de la situation	15
1.4. Mécanismes de coordination	16
1.5. Couverture de la population par le programme	16
1.6. Communication et mobilisation sociale	17
2. COÛTS ET FINANCEMENT	18
 2.1. Coûts	18
2.2. Budget national	18
2.3. Coût des services de santé	18
2.4. Financement des bailleurs	18
3. RESSOURCES HUMAINES	19
 3.1. Statuts décrits dans les documents de politique	19
3.2. Multiplicité des types d'ASC	21
3.3. Statuts et moyens de reconnaissance des ASCs	24
3.4. Rémunération	26
3.5. Stratégie de maintien	27
3.6. Niveau d'étude et formation	28
3.7. Densité	30
4. EGALITÉ ENTRE LES SEXES	32
 4.1. Examen des politiques	32
4.2. Recrutement équilibré entre les sexes	32
4.3. Avantages/inconvénients spécifiques au genre	32
4.4. Respect des sexospécificités dans les documents de politique	33
5. ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS	34
 5.1. Définition des ensemble de services dans les documents de politique	34
5.2. Soins anténatals et du nouveau-né	35
5.3. Maladies de l'enfance	36
5.4. Santé de l'adolescent	38
5.5. Planification familiale	39
5.6. VIH	40
5.7. Tuberculose	41
5.8. Surveillance communautaire	42

TABLE DES MATIÈRES

6. GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	44
 6.1. Plans d'approvisionnement	44
6.2. Intégration dans le système d'approvisionnement national	44
6.3. Médicaments appropriés à la prise en charge des cas au niveau communautaire	45
7. ORIENTATION ET CONTRE-RÉFÉRENCE	46
 7.1. Définition des mécanismes d'orientation et de contre-référence dans les documents de politique	46
7.2. Existence de mécanismes clairement définis	46
7.3. Contre-référence	46
8. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	47
 8.1. Communication	47
8.2. Engagement de la communauté	47
8.3. Cadre de reddition des comptes	47
8.4. Capacités de la communauté	47
8.5. Dynamiques multisectorielle aux niveaux communautaires	48
9. SUPERVISION ET ASSURANCE QUALITÉ DES RÉSULTATS	49
 9.1. Examen des politiques	49
9.2. Supervision et assurance qualité des résultats dans les pays	49
10. SUIVI ET EVALUATION ET SYSTÈME D'INFORMATION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE	52
 10.1. Examen des politiques	52
10.2. Cadre de suivi	52
10.3. Intégration des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	52
10.4. Plans de recherche	54
Discussion	54
Conclusion	56
Références	58
ANNEXE A - Profils pays	60
ANNEXE B - Profil régional	80
ANNEXE C - Tableaux des critères principaux de santé communautaire dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre	82
ANNEXE D - Questionnaire	111

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1- Nombre total de documents officiels de stratégie de santé communautaire disponibles dans 20 pays de la région WCAR	14
Graphique 2- Nombre de pays de la région WCA qui abordent chacun des principes clés de la santé communautaire dans leurs documents de politique, par niveau de prise en compte	15
Graphique 3- ASCs fonctionnaires et contractuels dans la région WCA	19
Graphique 4- ASCs volontaires dans la région WCA	19
Graphique 5- Salaire et motivation des ASCs dans la région WCA	20
Graphique 6- Répartition des agents de santé selon leur statut dans la région WCA	24
Graphique 7- Nombre de pays de la région WCA selon le mode de rémunération des ASCs	26
Graphique 8- Nombre de pays de la région WCA par niveau d'étude requis et par catégorie d'ASC	28
Graphique 9- Répartition du nombre de pays de la région WCA selon la durée de formation pour la catégorie 1 d'ASC	29
Graphique 10- Fréquence des formations de mise à niveau dans les pays de la région WCA pour les agents de catégorie 1	30
Graphique 11- Pays de la région WCA qui respectent l'équité homme/femme ou qui affichent une préférence pour le recrutement de femmes chez les ASCs	32
Graphique 12 -Différentes composantes de l'Ensemble des services proposés de santé proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	34
Graphique 13- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services des soins anténatals et du nouveau-né mis en œuvre complètement dans la région WCA	35
Graphique 14- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services des soins anténatals et du nouveau-né mis en œuvre partiellement dans la région WCA	35
Graphique 15- Différents services promotionnels de soins anténatals et du nouveau-né proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	35
Graphique 16- Différents services de prévention de soins anténatals et du nouveau-né proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	36
Graphique 17- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services liés aux maladies de l'enfance mis en œuvre complètement dans la région WCA	36
Graphique 18- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services liés aux maladies de l'enfance mis en œuvre partiellement dans la région WCA	37
Graphique 19- Différents services de promotion liés aux maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	37
Graphique 20 -Différents services de prévention des maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	37
Graphique 21- Différents services curatifs des maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA	38
Graphique 22- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé pour les adolescents mis en œuvre complètement dans les pays de la région WCA	38
Graphique 23- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé pour les adolescents mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA	38
Graphique 24 -Ensemble de services de santé offerts par les ASCs aux adolescents dans les pays de la région WCA	39
Graphique 25- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de planification familiale mis en œuvre complètement dans les pays de la région WCA	39
Graphique 26- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé de planification familiale mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA	39
Graphique 27- Ensemble de services de planification familiale déployés par les ASCs dans les pays de la région WCA	40

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 28- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé en matière de VIH mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA	40
Graphique 29- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé en matière de VIH mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA	41
Graphique 30- Ensemble de services de planification familiale déployés par les ASCs dans les pays de la région WCA	41
Graphique 31- Couverture géographique (% de districts) de l'Ensemble des services proposés de la lutte contre la tuberculose mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA	41
Graphique 32- Couverture géographique (% de districts) de l'Ensemble des services proposés de lutte contre la tuberculose mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA	41
Graphique 33- Ensemble de services de lutte contre la tuberculose mis en œuvre par les ASCs dans les pays de la région WCA	42
Graphique 34- Couverture géographique (% de districts) de l'Ensemble des services proposés de surveillance communautaire mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA	42
Graphique 35- Couverture géographique (% de districts) de l'Ensemble des services proposés de surveillance communautaire mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA	42
Graphique 36- Ensemble de services de surveillance communautaire mis en œuvre par les ASCs dans les pays de la région WCA	43
Graphique 37- Existence de plans d'acquisition pour les composantes des services de soin prévus au niveau communautaire dans les pays de la région WCA	44
Graphique 38- Existence et place du plan communautaire dans les documents de politique dans les pays de la région WCA	47
Graphique 39- Nombre de pays de la région WCA où les communautés présentent les quatre capacités spécifiées	48
Graphique 40- Intégration des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national et désagrégation des données dans les pays de la région WCA	52
Graphique 41- Utilisation et étape de mise en œuvre de DHIS2 dans les pays de la région WCA	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1- Dénomination des agents de santé communautaires principaux dans les pays de la région WCA	23
Tableau 2- Temps alloué aux activités des ASCs dans la région WCAs	26
Tableau 3- Identité des superviseurs d'ASCs dans les pays de la région WCA	50

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1- Cadre politique concernant l'autorisation de dispenser des traitements aux ASCs	17
Encadré 2- Réforme des statuts des ASCs - Cas de la Côte d'Ivoire	23
Encadré 3- Exemple de la Mauritanie, exception régionale en matière de ratio homme/femme	33
Encadré 4- Modèles innovants de supervision	48

RÉSUMÉ EXECUTIF

Ce rapport présente une vision d'ensemble des politiques et programmes de santé communautaire dans les 20 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre qui disposent d'un programme de santé communautaire en cours de mise en œuvre - Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République de Centrafrique, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Gambie, Togo. Ce travail, mené par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO), propose une vision élargie de la santé communautaire qui dépasse la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans la communauté (PCIME-C). S'appuyant non seulement sur l'analyse des documents de politique et stratégies des 20 pays, mais aussi sur une enquête menée auprès de Ministères de la Santé de ces pays, ce rapport met en lumière les principales forces et faiblesses des programmes de santé communautaire de la région, sur la base de 8 composantes et critères établis pour la santé communautaire : i) Coordination et définition des politiques; ii) Coût et financement; iii) Ressources humaines, y compris l'Ensemble des services proposés; iv) Gestion de la chaîne d'approvisionnement; v) Offre de service et orientation; vi) Communication et mobilisation sociale; vii) Supervision et assurance-qualité des résultats; et viii) Suivi et évaluation et Système d'information de la Santé Communautaire. Ce travail contribue à la documentation des politiques de santé communautaire, y compris les défis et les progrès de leur mise en œuvre, et sera précieux pour étoffer les stratégies et politiques en la matière aux niveaux régional et national.

CONTEXTE

Afin de relever le défi de la couverture de santé primaire pour l'ensemble de la population, des programmes et interventions se sont développés, privilégiant des services de santé essentiels de proximité. Les soins de santé communautaire ainsi que les Agents de santé communautaire (ASCs) sont aujourd'hui reconnus pour être partie intégrante d'une stratégie prometteuse dans la recherche d'un accès accru aux soins et traitements réservés aux enfants, contribuant ainsi à améliorer l'équité et à la réduction de la mortalité infantile [1, 2, 3]. La santé communautaire prend une place prépondérante dans les priorités nationales avec 20 pays de la région¹ sur 24 qui disposent d'un programme dédié. De plus, la tendance à l'institutionnalisation de la santé communautaire a été confirmée par la Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire (IHC) qui s'est tenue à Johannesburg, Afrique du Sud, en mars 2017. Dix principes y ont été érigés concernant, entre autres, l'engagement communautaire, les ressources humaines et particulièrement la reconnaissance d'une main-d'œuvre compétente pour la santé communautaire, le financement, les politiques et, l'intégration des données de santé communautaire dans le système d'information de la santé [4]. La prise en compte des systèmes de santé communautaire dans les systèmes de santé nationaux demeure toutefois un sujet parfois controversé. Il s'avère donc nécessaire de clarifier le rôle de la prise en charge des maladies de l'enfance dans la communauté (PCME-C) : elle peut tout aussi bien servir de système compensatoire le temps que les structures de santé soient renforcées et assurent une couverture efficace, que représenter une solution permanente où les ASCs fournissent des services de santé, ce qui aura un impact sur les financements et leur pérennité [5]. Ainsi, et malgré les nombreux défis que cela représente, la plupart des pays ont développé un document officiel de PCME-C mais peu se basent sur des principes politiques reconnus [6, 7]. De plus,

les avancées sont inégales d'un pays à l'autre, avec des différences marquées en matière de politique, de structures de coordination, d'ensemble de services médicaux proposés, de couverture géographique et de statut des ASCs [6].

C'est dans ce contexte que le Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) encourage et soutient l'orientation de la programmation de la santé communautaire aux niveaux régional et national, afin d'assurer l'accès à des services de qualité aux enfants et familles les plus défavorisés. En appui à ce travail, un examen minutieux des politiques de santé communautaire, de leurs mécanismes de mise en œuvre et de leur portée est mené.

La première étape de cet exercice a consisté en une revue documentaire et l'examen de l'ensemble des documents de politiques - politique, plans stratégiques, plans de mise en œuvre et autres guides - disponibles dans 20 pays de la région qui ont développé un programme de santé communautaire. Cette revue, qui analyse les politiques selon les huit références pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans la communauté (PCIME-C) [2], a mis en exergue des disparités entre les pays tant au niveau du contenu que de la solidité des politiques. Elle a également permis de relever d'une part certaines stratégies encourageantes, d'autre part des limitations dans les politiques de santé communautaires engagées. En outre, les documents analysés tiennent rarement compte des aspects essentiels des politiques en vigueur, tant dans leur unicité que dans leur ensemble.

C'est à ce niveau que vient se greffer la présente étude sur les politiques de santé communautaire, afin de mieux explorer les aspects de politiques abordés dans les documents disponibles, et de vérifier la cohérence entre ces politiques et leur application effective. L'étude s'arrime également à une précédente évaluation menée par l'UNICEF

1. Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo.

CONTEXTE

en 2013 dans 45 pays d'Afrique subsaharienne, qui s'était intéressée aux maladies chroniques affectant les enfants, et qui traitait entre autre des questions de statut, activités des ASCs, de politique et de financement de la PCIME-C [6].

Ce rapport présente et met en perspective les résultats de la revue documentaire et de l'étude de 2018.

OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de fournir une vision globale des politiques de santé communautaire et de leur mise en œuvre effective dans les 20 pays qui ont développé un programme dédié.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Approfondir l'analyse du contenu des politiques conformément aux 8 références de PCIME-C (à l'aide de l'analyse des documents de politiques);
- Comparer le contenu des politiques entre les pays;
- Classer les pays par catégories, selon leur niveau d'institutionnalisation;
- Développer des fiches pays;
- Identifier les tendances en matière d'institutionnalisation de la santé communautaire dans les pays et établir un référentiel afin de faciliter le suivi ultérieure des progrès accomplis dans la voie de cette institutionnalisation.

MÉTHODOLOGIE

Une enquête descriptive transversale a été réalisée au niveau du bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

1. Etude documentaire

Il a été demandé aux 20 Bureaux pays de l'Unicef (COs) de la région - pays disposant d'un programme de santé communautaire - de partager l'ensemble des documents de politique de santé communautaire en vigueur et, lorsque de tels documents n'existaient pas, les documents de référence qui légifèrent la santé communautaire ou, tout au moins, qui relatent des aspects de santé communautaire.

Au vu du nombre important de documents reçus, il a été convenu de se limiter aux documents de politiques, aux plans stratégiques, aux plans de mise en œuvre/d'action, et aux guides ; et à tout autre document seulement dans le cas où ces premiers n'était pas disponibles pour un pays précis.

Le contenu des documents de politiques a été analysé sur la base des 8 composantes de la PCIME-C, à savoir :

- Coordination et définition des politiques
- Coût et financement
- Ressources humaines
- Gestion de la chaîne d'approvisionnement
- Offre de service et orientation
- Communication et mobilisation sociale
- Supervision et assurance-qualité des résultats
- Suivi et évaluation et Système d'information de la Santé Communautaire

Les données pertinentes (relativement à ces 8 composantes) ont été extraites depuis les documents de politiques vers un tableau d'analyse. Les résultats ont été analysés à l'aune des 8 composantes pour chaque pays, puis comparés entre les pays.

2. Enquête

La revue documentaire menée au préalable a permis de relever les forces et faiblesses,

ainsi que certains aspects particuliers qu'il convient d'explorer de façon plus approfondie dans les politiques établies. Pour ce faire, un outil a été élaboré sur la base de ces résultats et de précédentes enquêtes menées sur les politiques de PCIME-C et leur mise en œuvre. Composé de 58 questions, divisées en neuf sections, le questionnaire d'enquête reflète les 8 composantes de la santé communautaire [2] listées ci-dessus.

Cette enquête explore les systèmes de santé communautaire, y compris la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans les communautés PCIME-C (i.e. le paludisme, la pneumonie, et la diarrhée) ainsi que l'implication de la communauté.

Le questionnaire a été envoyé par email au 20 Bureaux pays de la région (COs) - hormis le Cabo Verde, la Guinée Equatoriale, le Gabon, et Sao Tomé et Príncipe qui ne disposent pas de programme de santé communautaire. Les Bureaux pays devaient s'assurer que l'enquête soit menée de façon collaborative auprès du comité national de santé communautaire², ou d'un groupe restreint équivalent, et qu'elle soit impérativement validée par le Ministère de la Santé. L'ensemble des questionnaires remplis a été reçu en mars 2018. La saisie, la triangulation, le traitement et la vérification des données ont été effectués entre décembre 2017 et avril 2018. La triangulation a été effectuée par comparaison avec les documents de politiques et les informations complémentaires réclamées à posteriori aux Bureaux pays de l'Unicef lorsque cela a été nécessaire. La vérification a permis de traiter les valeurs manquantes et de s'assurer de la cohérence des réponses.

L'analyse a été menée à travers i) l'utilisation des fonctions quantitatives de base du logiciel Microsoft Excel 2013; et ii) l'examen du contenu des réponses qualitatives.

2. Le Comité national de santé communautaire est en général composé des principaux partenaires en santé communautaire au niveau national : les différentes Directions/Divisions du Ministère de la Santé, d'autres ministères, les partenaires Techniques et Financiers, le secteur privé, les instituts de recherche, etc.

L'ensemble des 20 pays a renvoyé le questionnaire rempli par un comité national, parfois un groupe restreint, et validé à chaque fois par le Ministère de la Santé. Ce sont les même pays qui avaient répondu au questionnaire lors de l'enquête soumise en 2013, auxquels s'est jointe la Guinée Bissau qui a désormais un programme de santé communautaire en cours de mise en œuvre.

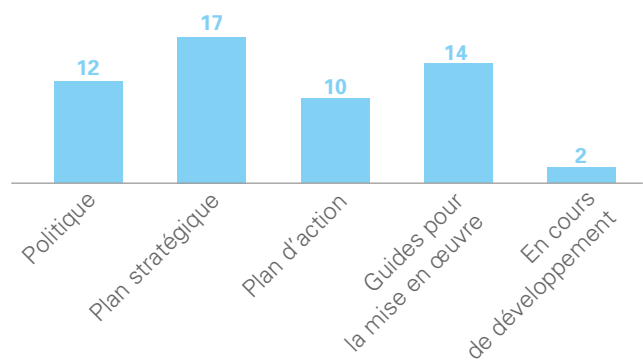


1. COORDINATION ET DÉFINITION DES POLITIQUES

1.1. Documents de politique et stratégiques

Parmi les 20 pays, 18 ont partagé au moins un document spécifique de politique de santé communautaire - politique, plan stratégique, plan d'action ou guides. Au total, on été collectés : 10 documents de politiques, 13 plans stratégiques et 9 plans de mise en œuvre/action ou guides. Sur les 20 pays enquêtés, 12 ont déclaré disposer d'une politique officielle de santé communautaire, 17 d'un plan stratégique, 10 de plans d'action et 14 de guides pour la mise œuvre. Il convient de noter que la politique de référence en République Démocratique du Congo (RDC) est relative aux soins de santé primaire, mais un plan stratégique de la santé communautaire est en cours de développement. La Gambie ne dispose pas non plus de document officiel, mais les dimensions de santé communautaire sont prises en compte dans la Politique Nationale de Santé (2014-2020) et le développement d'une politique santé communautaire est prévu en 2019.

Graphique 1- Nombre total de documents officiels de stratégie de santé communautaire disponibles dans 20 pays de la région WCAR



La première observation porte sur le renforcement récent de l'engagement en faveur de la santé communautaire avec la moitié (5 sur 10) des politiques et près de 70% des plans stratégiques (9 sur 13) qui datent de 2016 et plus.

Habituellement, une orientation politique est associée à une approche à moyen et long terme : les politiques examinées ici ne couvrent pas de périodes spécifiques, mais les plans stratégiques oui, à 84%, avec 60% d'entre eux déclinés sur 5 années.

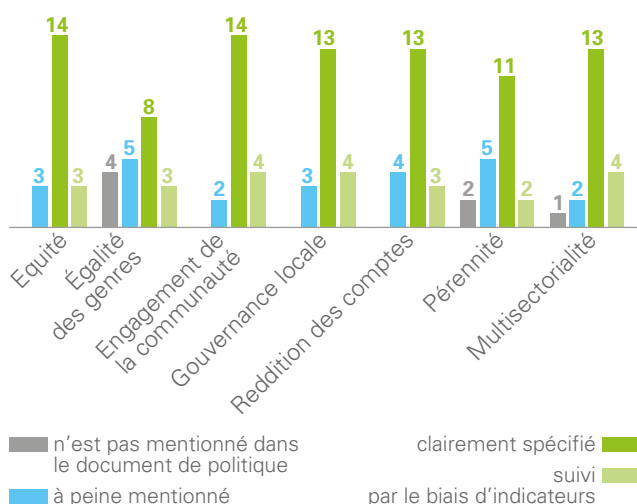
L'établissement des politiques est souvent fondé sur des données, et 80% des pays enquêtés (16 sur 20) ont développé leur politique à partir d'une analyse de la situation, parmi lesquelles trois (Niger, Sénégal, and Sierra Leone) ont dressé une cartographie des partenaires.

Enfin, 70% des pays répondants (14 sur 20) déclarent avoir une structure de coordination au sein du Ministère de la Santé, et 75% (15 sur 20) un comité national pluridisciplinaire, ce qui indique un environnement politique visiblement renforcé sur les aspects de coordination et de pluridisciplinarité.

1.2. Principes clés

Les programmes de santé communautaire s'appuient généralement sur des principes fondamentaux établis dans les documents de politiques et autres stratégies. La revue documentaire a permis de relever les principes les plus importants et les plus fréquents. L'enquête quant à elle, demandait aux pays de se positionner vis à vis de chaque principe - équité, égalité des genres, engagement de la communauté, gouvernance locale, reddition des comptes, pérennité, multisectorialité - en choisissant l'une des modalités suivantes : le principe n'est pas mentionné dans le document de politique, il est à peine mentionné, clairement spécifié, ou suivi par le biais d'indicateurs. Le Graphique 2 montre le nombre de pays qui abordent chacun des principes clés dans leurs documents de politique, par niveau de prise en compte.

Graphique 2 - Nombre de pays de la région WCA qui abordent chacun des principes clés de la santé communautaire dans leurs documents de politique, par niveau de prise en compte



Comme l'illustre le Graphique 2, la plupart des principes clés sont clairement spécifiés dans les documents de politique, celui relatif au genre étant le moins récurrent :

L'équité est intégrée dans les documents officiels de santé communautaire et est suivie par des indicateurs spécifiques dans trois pays; elle est clairement spécifiée pour 14 pays, et seulement mentionnée dans trois autres cas.

L'égalité des genres est suivie par des indicateurs dans trois pays, clairement spécifiée pour huit, mentionnée pour cinq, et pas du tout mentionnée dans 4 documents nationaux (Bénin, Guinée, Mauritanie et Sénégal).

L'engagement de la communauté est suivi par des indicateurs dans quatre pays, clairement spécifié pour 14 et simplement mentionné dans les documents de deux pays.

La gouvernance locale est un principe suivi par des indicateurs dans quatre pays, clairement spécifié pour 13 et simplement mentionné pour trois autres.

La reddition des comptes est suivie par des indicateurs dans trois pays, clairement spécifiée pour 13 et à peine mentionnée dans les documents des quatre autres pays.

La pérennité n'est pas mentionnée dans les documents du Tchad et de la République Démocratique du Congo, seulement mentionnée dans cinq pays, clairement spécifiée dans 11, et s'appuie sur des indicateurs pour son suivi dans deux pays.

La multisectorialité n'est pas mentionnée dans les documents de la République Démocratique du Congo, à peine mentionnée dans deux pays, clairement spécifiée dans 13 autres, et enfin suivie à travers des indicateurs spécifiques dans quatre pays.

Le Burkina Faso et le Niger semblent s'appuyer sur le suivi d'indicateurs spécifiques pour chacun des principes clés.

1.3. Analyse de la situation

18 pays se sont appuyés sur une analyse de la situation pour le développement de leur politique de santé communautaire, cela n'inclue ni le

Cameroun, ni la Gambie. La présente analyse se base sur une revue documentaire dans 16 pays, une cartographie dans 11, une évaluation de programme dans 5 et l'entretien avec des experts dans 13. L'ensemble de ces ressources analytiques est disponible pour le Burkina Faso, le Niger et le Togo. D'autres méthodologies ont été adoptées telles que des enquêtes de terrain en Mauritanie et au Niger, Un Forum National sur la santé communautaire au Bénin, ou encore le Forum des ASCs au Togo.

1.4. Mécanismes de coordination

Tous les pays indiquent bénéficier d'une structure de coordination de la santé communautaire au niveau central au sein du Ministère de la Santé. Une telle structure emprunte différentes dénominations selon le pays, à savoir *Direction* au Burkina Faso, au Tchad, en République Démocratique du Congo, en Côte d'Ivoire, et en Guinée Bissau; *Division* au Bénin et au Tchad; *Service* ou *Section* au Mali, en Mauritanie et au Niger; *Hub*, *Cell*, *Cellule*, *Conseil* ou *Office* au Cameroun, en RDC, au Sénégal, ou en Sierra Leone; *Steering committee*, *Division* ou *Coordination* en RCA, en Gambie, au Ghana, au Libéria, au Nigéria, ou au Togo.

Un comité multisectoriel existe dans 13 pays. Il est quasiment partout composé de plusieurs directions du Ministère de la Santé, d'autres ministères, de partenaires techniques et financiers et, moins souvent, de représentants du secteur privé et d'instituts de recherche. Ce comité multisectoriel est en charge de la programmation et sert de plateforme pour faciliter les échanges dans l'ensemble des 13 pays, cependant, il ne joue un rôle de décisionnaire que dans 10 pays. Un tel groupe n'existe pas encore au Bénin, malgré le fait qu'il soit décrit dans le document de politique. En Côte d'Ivoire, il n'existe pas de comité non plus, mais les actions sont coordonnées par des Groupes Techniques de Travail (GTTs) qui réunissent l'ensemble des

acteurs, et dont les réunions sont organisées régulièrement en fonction des besoins exprimés. Au Tchad, deux comités semblent coexister : un comité de pilotage national de la santé communautaire et le comité pour le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de la santé.

En ce qui concerne les rencontres, ce comité se réunit mensuellement dans quatre pays, tous les trimestres dans quatre autres pays, et deux fois par an dans les cinq derniers. En Mauritanie il est indiqué qu'un comité restreint se rencontre une fois par mois, les réunions plus élargies intervenant tous les six mois. Le caractère opérationnel des réunions ne semble ainsi réaliste que dans neuf pays.

1.5. Couverture de la population par le programme

L'étendue de la couverture d'un programme de santé communautaire, ainsi que la vision politique pour la couverture envisagée varient considérablement d'un pays à l'autre. Certaines politiques cherchent à couvrir l'ensemble de la population par les services de santé communautaires - Bénin, Burkina Faso, République Centrafricaine (RCA), Congo (ciblant tous les enfants en dessous de 5 ans et les femmes en âge de procréer), RDC (qui couvre l'ensemble du territoire avec 170 000 cellules d'animation communautaire³), Gambie, Guinée Bissau, Mauritanie et Sierra Leone, tandis que les autres pays ont des ambitions immédiates plus basses, comme par exemple le Mali qui cherchait dans un premier temps à couvrir 40% de la population d'ici 2017 pour arriver à 60% en 2020, et le Tchad qui ciblait 11 régions parmi les 23 d'ici 2018 avec 2 000 ASCs qui se concentreraient sur la tuberculose, le paludisme et le VIH (sur financement du Fonds mondial), en supplément des cinq régions pilote pour le financement basé sur les résultats (financement de la Banque mondiale).

3. Traduit de la dénomination originale en français "Cellule d'Animation Communautaire" (CAC)

1.6. Communication et mobilisation sociale

Parmi les 20 pays, 11 déclarent avoir un plan de communication et de mobilisation sociale. Toutefois, aucun d'entre eux ne dispose d'un tel plan spécifique pour la santé communautaire, les stratégies de communication relatives étant plus souvent dédiés à la santé maternelle, néonatale et infantile, ou encore plus largement à la santé.

Le développement d'un plan spécifique de communication en santé communautaire est en cours au Sénégal et programmé au Bénin. De manière générale, la plupart des pays ont témoigné d'un besoin d'harmonisation des programmes en matière de communication et de mobilisation sociale.

Encadré 1 : Cadre politique concernant l'autorisation de dispenser des traitements aux ASCs

Les ASCs sont-ils autorisés à administrer des traitements ?

Tous les pays ayant participé à l'enquête présentent au moins un document officiel qui autorise les ASCs à fournir **des traitements contre la diarrhée, le paludisme ou la pneumonie** - à savoir, utiliser le Soluté de Réhydratation Orale (SRO) et du Zinc, le Test Diagnostique Rapide (TDR) et le Traitement combiné à base d'artémisinine (TCA). Ces documents peuvent être des politiques officielles de santé communautaire ou d'autres documents stratégiques, des directives nationales, des circulaires provenant du Ministère de la Santé, des décrets ministériels, etc. Cependant, il arrive que cette autorisation d'administrer des médicaments provienne de documents moins formels, tels que des normes et protocoles, des arbres de décisions et autres algorithmes, comme par exemple au Burkina Faso et en Guinée.

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère par les ASCs par le biais d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) est autorisée uniquement dans neuf pays - Cameroun, RDC, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Mali, Nigéria et Togo. Les documents qui y font référence sont les politiques de santé communautaire, des protocoles, des directives ou des guides, à l'exception de la Gambie qui a mentionné un document spécifique nommé "*Integrated Management of Acute Malnutrition Guideline*".

Le soin du cordon ombilical réalisé avec de la chlorhexidine fait partie des services proposés par les ASCs au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en RDC, au Ghana, au Mali, au Nigéria, au Sénégal et en Sierra Leone. Ces attributions sont reconnues par des documents stratégiques de santé communautaire, PCIME ou de soins du nouveau-né, ou encore par décret ministériel comme au Sénégal ou en Côte d'Ivoire - avec toutefois l'abandon de l'usage de la chlorhexidine aqueuse au Sénégal.

Des contraceptifs sont distribués par les ASCs dans plusieurs pays conformément aux documents stratégiques de santé reproductive - sauf en RCA, Guinée, Mauritanie et Niger. Le Bénin cite également sa participation à la conférence sur la planification familiale à Addis Ababa comme base de référence pour l'autorisation des ASCs à fournir des contraceptifs.

+% 2. COÛTS ET FINANCEMENT

2.1. Coûts

Parmi les 20 pays, 16 ont budgétisé leur programme de santé communautaire - sept sur une période de cinq ans, trois sur une durée de trois ans, un sur quatre ans et le dernier sur un an. Les estimations budgétaires vont de 51 222 USD/5 années en Guinée Bissau à 1 593 314 944 USD/4 années au Tchad (voir Annexe C). Le processus de budgétisation est en cours en RDC. La RCA, la Côte d'Ivoire et le Nigéria n'ont pas encore de programme budgétisé. Parmi les pays qui ont estimé les coûts financiers, seulement quatre pays - Burkina Faso, Gambie, Guinée et Sierra Leone - affirment avoir sécurisé leur programme par un plan de financement. Le Niger et la Sierra Leone ont récemment développé un modèle d'investissement, tandis que le Burkina est en train de le faire.

2.2. Budget national

Neuf pays ont indiqué l'existence d'une ligne budgétaire dédiée à la santé communautaire dans le budget national consacré au secteur de la santé; de plus, dans un pays (Sierra Leone) cette ligne budgétaire est financée par les bailleurs, dans un autre (Burkina Faso) elle sert exclusivement au versement des incitations financières pour les ASCs et dans un dernier uniquement pour financer les médicaments (Mauritanie).

Parmi les pays qui ont bénéficié d'une ligne budgétaire dédiée consécutivement en 2016 et en 2017, le montant est resté stable entre les deux années au Burkina Faso (3 378 160 000 FCFA), en RCA (8 500 000 FCFA) et au Togo (80 000 000 FCFA), mais il a été réduit au Cameroun (de 10 000 000 FCFA à 5 000 000 FCFA). Dans seulement trois pays il a été possible de donner la proportion de cette ligne budgétaire par

rapport au budget global de santé - 0,0033% en RCA, 1,56% au Burkina Faso et 16,5% en Sierra Leone. Seuls la Sierra Leone et le Togo informent qu'un plan visant à augmenter la part du budget de la santé communautaire a été développé par le gouvernement.

2.3. Coût des services de santé

Les consultations dispensées par les ASCs ne sont pas payantes dans 15 pays - sauf en Gambie, Guinée et Mauritanie. Au Sénégal les consultations gratuites concernent uniquement celles assurées par les DSDOM⁴ aux enfants de moins de 5 ans, et au Mali, les enregistrements de naissance ainsi que les services fournis aux plus défavorisés. Les médicaments et matériels utilisés lors des consultations sont gratuits dans neuf pays mais parfois, comme au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Mali, en Mauritanie et au Sénégal, il ne s'agit seulement que de quelques traitements comme celui contre le paludisme, la diarrhée, la pneumonie, la vitamine A, ou la planification familiale.

2.4. Financement des bailleurs

L'ensemble des 20 pays compte l'UNICEF et le Fonds mondial comme bailleurs principaux des programmes de santé communautaire; 15 pays sont également financés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et trois autres (RDC, Nigéria et Sénégal) par les Affaires mondiales Canada (GAC). Parmi les autres donateurs, les plus fréquemment cités, nous retrouvons la Banque mondiale, l'Union européenne, Plan International, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Département pour le Développement international du Royaume-Uni (DFID) ou le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

4. Les DSDOM sont des dispensateurs de soins à domicile au Sénégal ; initialement prévus dans le cadre du programme national contre le paludisme, ils sont désormais habilités pour dispenser des soins contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.



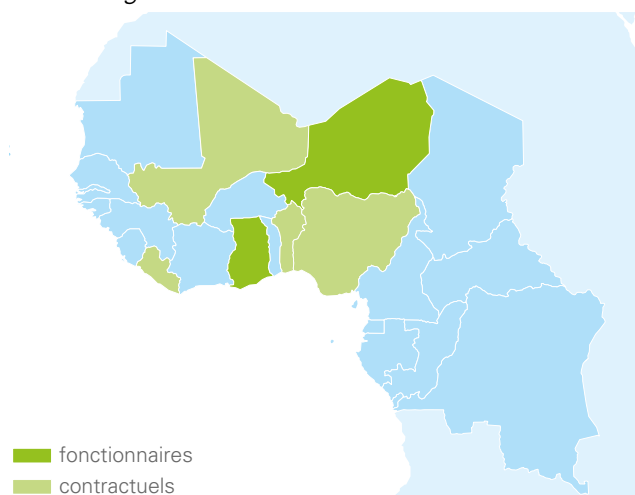
3. RESSOURCES HUMAINES

3.1. Statuts décrits dans les documents de politique

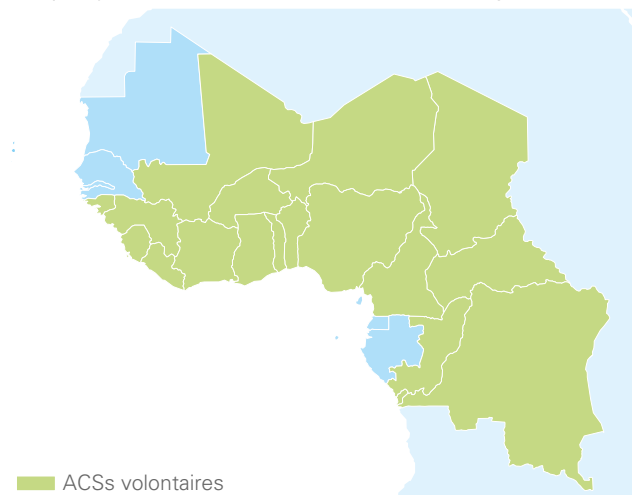
Contrats

Seul un pays, le Ghana dispose d'Agents de Santé Communautaire (ASCs) dans la fonction publique, et au Niger les ASCs ont été rattachés au système de santé depuis qu'ils pratiquent dans les cases de santé. Selon les documents de politique, 4 pays (Bénin, Libéria, Mali et Nigéria) semblent avoir contractualisé les ASCs, alors que les 16 autres comptent sur des ASCs volontaires - 6 sous d'autres statuts et 10 sous l'unique statut d'ASCs. Enfin, 4 pays ne font aucune mention du statut d'ASCs dans leurs documents de politique.

Graphique 3- ASCs fonctionnaires et contractuels dans la région WCA



Graphique 4- ASCs volontaires dans la région WCA



Dans seulement 3 pays, les ASCs signent un contrat, qui est appelé *contrat de performance* au Bénin et en Mauritanie, et *contrat de prestation de service* - renouvelé sur la base de résultats - en Guinée Bissau.

Identification

Dans 45% de pays (9 sur 20) on fournit des badges aux ASCs et/ou une carte d'identité : parmi ces pays, 2 distribuent aux ASCs des vestes reconnaissables et 1 (Côte d'Ivoire) les enregistrent dans un registre national. Le Burkina Faso est l'unique pays à utiliser des vestes spécifiques aux ASCs pour faciliter leur reconnaissance. La Guinée prévoit de définir un système à l'avenir, conformément à la politique. Enfin, 9 pays n'abordent à aucun moment, la question de la reconnaissance des ASCs dans leurs documents de politique.

Critères de sélection

Les critères et processus de sélection sont clairement définis dans 70% des documents de politique des pays (14 sur 20). Quant au niveau d'éducation requis, il est spécifié dans 15 documents de politique.

2 pays exigent un niveau d'éducation supérieure : le BEPC et un Certificat de formation en soins infirmiers et obstétricaux au Bénin, et le

DEF et un certificat d'infirmier auxiliaire ou de matrone au Mali (uniquement pour les ASCs, les relais communautaires doivent seulement être alphabétisés). 3 pays demandent un niveau primaire - Certificat d'Etudes Primaire au Burkina Faso, achèvement du primaire en Guinée Bissau, et achèvement du dernier niveau du primaire (6th grade) au Libéria. 10 pays réclament les compétences de lecture et d'écriture (et également de calcul pour l'un d'entre eux) mais parmi ces pays, 2 acceptent du personnel analphabète s'il s'agit de non-initiés dans un domaine spécifique (Côte d'Ivoire) ou d'une femme (Sierra Leone).

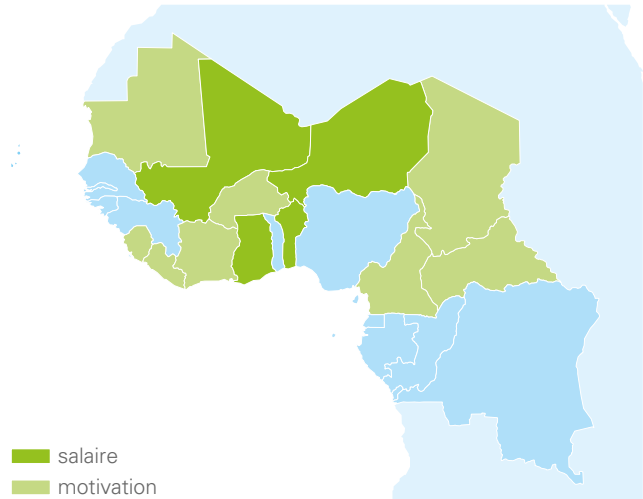
Formation

La formation reçue diffère d'un pays à l'autre : la durée de la formation initiale offerte varie de 3 jours (CHWs au Ghana) à 25 jours (CHWs en Sierra Leone). Selon les politiques énoncées, des formations de recyclage ont lieu dans 6 pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée Bissau, Niger et Sierra Leone). Egalement, des plans de formation (initiale et de mise à niveau) ne sont toujours pas développés dans 4 pays (Bénin, Guinée, Libéria et Sénégal).

Motivation

Une motivation financière est établie dans 14 pays et varie de 10 000 FCFA/mois (Relais communautaires au Niger) à 70USD/mois (CHAs au Libéria). La notion de salaire apparaît pour les ASCs qualifiés au Bénin, les CHOs au Ghana, et les ASCs au Mali et au Niger. Au Mali, les ASCs sont également assurés de recevoir un salaire minimum mensuel. La notion de motivation est prise en compte dans la plupart des pays, et elle est généralement perçue sur une base trimestrielle ou bi-annuelle comme en Mauritanie, ou mensuelle ailleurs.

Graphique 5- Salaire et motivation des ASCs dans la région WCA



Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) semble implanté dans 3 pays (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire), et selon les politiques devrait être exploré en phase pilote dans 2 autres pays (République Centrafricaine et Libéria); en pratique, le FBR est actuellement exploré/en phase pilote dans de nombreux pays.

Plusieurs cas spéciaux peuvent être soulignés ici :

- Au Burkina Faso, les ASCs sont autorisés à faire du profit sur les produits vendus (en supplément des motivations financières et des per diem)
- En Guinée Bissau, la motivation financière/rémunération des ASCs serait une combinaison de trois sources de financement, comme suit :
 - i) l'Etat (Ministère de la Santé, Programmes),
 - ii) les communautés, et
 - iii) la rémunération à l'acte.

Stratégie de maintien

Selon les documents de politique, une stratégie de maintien pour les ASCs est instaurée dans 40% des pays (8/20). Lorsque l'on étudie le contenu de ces documents, il semble que la stratégie devrait être consolidée ou totalement développée dans 35 autres pourcents des pays

(7/20). Des exemples peuvent illustrer ce qui est établi dans de telles stratégies:

- Facilités d'accès aux soins, réduction des tarifs / consultations gratuites (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Sénégal)
- Priorités pour intégrer les campagnes nationales (Cameroun, Libéria, Niger)
- Opportunité de développement de carrière (Ghana, Libéria, Sierra Leone)
- Soutien de la communauté (Burkina Faso, Cameroun, RCA, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Sierra Leone)
- Soutien pour des activités génératrices de revenu (Niger, Togo)
- Distinctions honorifiques (Burkina Faso, Cameroun, RCA, Ghana, Guinée Bissau, Sénégal, Sierra Leone, Togo)
- Primes sur la base de résultats atteints (Cameroun, Ghana)

Densité des ASCs

La densité des ASCs recommandée par la politique diffère d'un document à l'autre et varie entre 1 ASC pour 40 et 1 pour 70 ménages, et de 1 pour 250 à 1 pour 500 habitants, en fonction des structures sanitaires en place et du statut de l'ASC (ASC/relai). Au Tchad, il est recommandé 2 ASCs par village, et au Bénin, un ASC dans chaque village ou quartier du pays.

La densité recommandée peut varier d'une zone géographique à l'autre (ex : régions du nord et du sud au Tchad et au Mali) ou selon les besoins au niveau local (Nigéria).

Le cas spécial du Niger valorise l'association d'ASCs (responsables des soins curatifs) et d'Agents pour la Promotion et la Prévention (APP) (responsables des services promotionnels et préventifs), avec une densité d'ASC de 1/500 habitants et de 2/300 habitants pour les APP

3.2. Multiplicité des types d'ASC

Des 20 pays enquêtés, 15 identifient différents types d'ASCs dans leur document de politique nationale de santé communautaire.

Au Burkina Faso, en Guinée Bissau, au Mali et en Sierra Leone seule une sorte d'ASC existe, dénommée Agent de santé à base communautaire au Burkina Faso et Agent de santé communautaire dans les trois autres pays.

Lorsque deux types d'ASC existent, ce sont généralement des ASCs et des Relais, comme c'est le cas en RCA, au Tchad, au Bénin, en Guinée, en Mauritanie et au Togo. Le même genre de binôme existe également au Ghana et au Libéria avec la combinaison d'Officiers/Assistants de santé communautaire (CHOs/CHAs) et de volontaires de santé communautaire (CHVs) ; au Nigéria on parlera d'Agents de vulgarisation de la santé communautaire (CHEWs) d'une part, et de Personnes ressources orientées vers la communauté (CORPs) d'autre part.

Parfois les deux types d'ASCs se distinguent par des niveaux de responsabilités différents. Ainsi il existe des Relais avec des services médicaux standards et d'autres avec un ensemble de services médicaux complet comme au Congo; ou des Relais qui proposent un programme de promotion et de prévention d'une part, et avec un ensemble de services complet de l'autre à l'image du Niger; ou encore, en RDC, des Relais avec un programme de promotion en complément de Relais communautaires qui dispensent des soins (qui s'ajoutent à une troisième catégorie de Relais institutionnalisés, rattachés au Comité de Santé, qui interviennent dans les écoles, églises, etc.). Enfin, des configurations moins typiques existent comme les ASC classiques et les superviseurs d'ASC en Côte d'Ivoire, ainsi que les Acteurs communautaires de Prévention et de Promotion (ACPP) et les Agents communautaires (ACs) au Sénégal.

TRAVAILLEURS DE PREMIÈRE LIGNE DE LA RÉGION WCA

Agents de santé communautaire (ASC/CHW)

Agents de santé à base communautaire (ASBC)

Relais/Relays

Officiers en santé communautaire (CHO)

Officiers en santé communautaire (CHA)

Volontaires en santé communautaire (CHV)

Agents de vulgarisation de la santé communautaire (CHEW)

Personnes ressources orientées vers la communauté (CORP)

Agents de santé communautaire classique

Superviseurs d'agents de santé communautaire

Agents-formateur par les pairs en santé communautaire (Peer-educator community health worker)

Acteurs communautaires de Prévention et de Promotion (ACPP)

Agents communautaires (AC)

Guérisseurs traditionnels

Sages-femmes traditionnelles (TBA)

Matrones formées

Accompagnante à la naissance communautaire/doula (CBC)

Travailleur psycho-social (CMHO)

Infirmières communautaires spécialisées en ophtalmologie (Community ophthalmic nurses)

Agents de santé villageois (VHW)

Outre les différents types d'ASCs détaillés ci-dessus, nombre de pays font appel à d'autres catégories de travailleurs qui mènent des activités sanitaires au niveau communautaire, y compris des spécialistes de pathologies spécifiques. Les guérisseurs traditionnels ainsi que les sages-femmes traditionnelles (TBA)/matrones sont très répandus, notamment en RCA, au Cameroun, au Tchad, en RDC, au Libéria (Trained Traditional Midwives), au Mali et en Sierra Leone. Nous pouvons également citer les services de soins oculaires (Nyaterros) et les infirmières communautaires spécialisées en ophtalmologie en Gambie, ainsi que les travailleurs communautaires psychosociaux (CMHOs) au Ghana. De même, certains ASCs peuvent être spécialisés/assignés à des activités spécifiques, comme par exemple les Agents de santé communautaire pour la planification familiale au Togo, ou encore les Agents de santé villageois dans le cadre de programmes contre le vers de Guinée, la tuberculose et la lèpre au Nigéria.

La multiplicité des ASCs (lorsque plus de deux types coexistent) est considérée comme efficace dans seulement quatre pays. Malgré cela, seuls neuf pays ont l'intention de modifier la structure organisationnelle en place.

Encadré 2 : Réforme des statuts des ASCs - Cas de la Côte d'Ivoire

Réforme des statuts des ASCs - Cas de la Côte d'Ivoire

Après avoir effectué une analyse des statuts d'ASCs existants à travers le monde, la Côte d'Ivoire a décidé en 2017 de réformer celui de ces propres ASCs. Jusque-là, plusieurs types d'agents existaient : relais, agents mobilisateurs, conseillers communautaires, agents de santé communautaires, agents de distribution de contraceptifs à base communautaire, etc. Il a alors été décidé d'opter pour « Agent de Santé Communautaire » comme terme unique à employer pour regrouper les différents types d'ASCs, et de définir trois nouvelles catégories :

- **ASC classique**: ASC qui offre des services promotionnels (pratiques familiales essentielles, Eau, Assainissement et Hygiène (EAH/WASH), etc.)
- **ASC Formateur par les pairs** : ASC qui dispense un ensemble de services complet, y compris du conseil aux pairs, grâce aux années d'expérience accumulées (VIH, tuberculose, santé reproductive, paludisme, etc.)
- **Superviseur d'ASC** : ASC expérimenté et identifié pour accompagner et superviser une dizaine d'ASC classiques dans le domaine de la santé.

Pour une meilleure compréhension du milieu, les pays devaient sélectionner les deux catégories d'ASCs principales en activité, comme défini ci-dessous, afin de les détailler, les comparer et les analyser selon les critères suivants : statuts, moyens de reconnaissance, rémunération et bénéfices, niveau d'étude requis, formation proposée, densité et taux de déperdition des agents.

- **Catégorie 1** : être l'ASC le plus qualifié ou celui qui dispense l'ensemble de services le plus complet, et
- **Catégorie 2** : être l'ASC qui propose l'ensemble de services le plus limité ou supervisé par le premier. .

Tableau 1- Dénomination des agents de santé communautaires principaux dans les pays de la région WCA

PAYS	Catégorie 1	Catégorie 2
BÉNIN	Agent de santé communautaire qualifié ⁵	Relai
BURKINA FASO	Agent de santé à base communautaire	-
CAMEROUN	ASC qualifié	Travailleur psycho-social
RCA	Relai avec un ensemble complet de services	Relai
TCHAD	ASC	Relai
CONGO	Relai avec un ensemble complet de services	Relai qui propose un ensemble de services standard
CÔTE D'IVOIRE	Superviseur d'ASC	ASC classique (y compris ASC Formateur par les pairs)
RDC	Relai prestataire de services	Relai qui propose un programme promotionnel
GAMBIE	Infirmière de santé communautaire (Community Health Nurse - CHN)	Agent de santé villageois (Village Health Worker - VHW) et Accompagnante à la naissance communautaire (Community Birth Companion - CBC)

GHANA	Officier en santé communautaire (Community Health Officer - CHO)	Volontaire en santé communautaire (Community Health Volunteer - CHV)
GUINÉE	ASC	Relai
GUINÉE BISSAU	ASC	-
LIBÉRIA	Assistant en santé communautaire (Community Health Assistant - CHA)	Volontaire en santé communautaire (Community Health Volunteer - CHV)
MALI	ASC	-
MAURITANIE	ASC	Relai
NIGER	Relai avec un ensemble complet de services	Relai qui propose un programme promotionnel et de prévention
NIGERIA	Agent de vulgarisation de la santé communautaire (Community Health Extension Worker - CHEW)	Personne ressource orientée vers la communauté (Community Resource Person - CORP)
SÉNÉGAL	ACs (y compris ASCs, matrones, sages-femmes traditionnelles formées et DSDOM)	ACPP (y compris relais, bajenugox, et praticiens de médecine traditionnelle)
SIERRA LEONE	ASC/CHW	-
TOGO	ASC	Relai

3.3. Statuts et moyens de reconnaissance des ASCs

Homologation dans le Code national/la Loi de la Santé publique

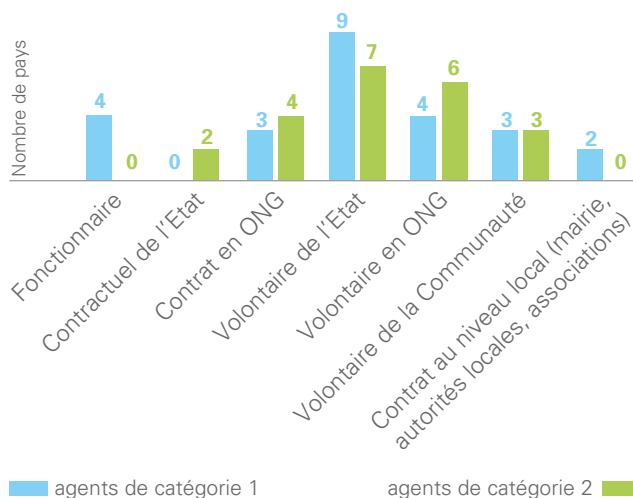
Dans seulement la moitié des pays les ASCs sont reconnus par le Code/Loi de la Santé Publique, avec 10 pays sur 20 qui reconnaissent la première catégorie d'Agents, et 7/20 la seconde.

En Gambie par exemple, la première catégorie (Infirmière de santé communautaire - CHN) est homologuée, mais pas les Agents de santé villageois (VHWs), ni les Accompagnantes à la naissance communautaires (CBCs). A l'inverse, en RDC, les relais prestataires de services ne sont pas reconnus tandis que les relais qui proposent des programmes promotionnels le sont.

Types de contrat

Le type de contrat intitulé *volontaire de l'Etat* est prédominant dans les deux catégories d'ASC (1^{ère} : 9/20, 2^{ème}:7/20). La première catégorie d'ASCs est représentée par des fonctionnaires dans quatre pays (Gambie, Ghana, Guinée et Nigéria), ce qui n'est le cas dans aucun pays pour la seconde catégorie.

Graphique 6- Répartition des agents de santé selon leur statut dans la région WCA



1^{ère} catégorie : Il s'agit soit de personnes contractées par des ONGs, soit de volontaires en ONG comme au Cameroun, au Congo ou au Sénégal, soit de volontaires de l'Etat comme au Burkina Faso, au Tchad, en Côte d'Ivoire, en RDC, au Libéria, en Mauritanie et en Sierra Leone. Au Niger, ce sont des volontaires de l'Etat ou en ONG. Au Bénin, les ASCs sont employés par la municipalité. En RCA, en Guinée Bissau et au Togo les ASCs sont reconnus comme volontaires de la communauté. Enfin, au Mali, les ASCs sont contractées par des associations de santé communautaire conventionnées (ASACO) ou par les autorités locales. Par ailleurs, des conditions de résultats sont adossées aux contrats signés au Bénin, au Congo et au Libéria.

Seuls quelques pays ont indiqué le nom des parties prenantes signataires du contrat, parmi lesquels : (i) un représentant du district de santé en Sierra Leone et au Libéria; (ii) le chef de village, le responsable administratif de l'arrondissement, et le maire de la municipalité au Bénin; (iii) l'association de santé communautaire (ASACO), les municipalités et le chef de district de santé au Mali; et enfin, (iv) les ONGs et organisations de la Société civile (OSCs) au Cameroun et au Congo.

2^{ème} catégorie : Les ASCs de 2^{ème} catégorie ne signent un contrat que dans cinq pays. Les travailleurs psycho-sociaux au Cameroun et les Relais en Guinée sont contractés par l'Etat. Les personnes ressources orientées vers la communauté (CORPs) au Nigéria sont sous contrat avec des ONGs, tandis que les Relais avec une offre de services standard au Congo, les Relais en RCA et les ACPPs au Sénégal sont également sous contrat avec des ONGs ou en volontariat. Tous les autres sont des volontaires - ASC classiques en Côte d'Ivoire, VHWS et CBCs en Gambie, CHVs au Libéria, qui sont des volontaires de l'Etat. Les Relais promotionnels et de Prévention au Niger, les

Relais promotionnels en RDC et les Relais au Tchad et en Mauritanie sont eux aussi des volontaires de l'Etat et d'ONGs. Le Bénin, le Ghana et le Togo les ont désignés comme volontaires communautaires (nommé par la communauté dans laquelle ils travaillent). Les Relais au Bénin et au Congo signent un contrat basé sur les résultats.

Durée du contrat

La durée du contrat est rarement stipulée. Un contrat de travail d'une durée indéterminée est signé par la 1^{ère} catégorie d'ASCs dans 4/20 pays (Gambie, Ghana, Mali et Nigéria) et 3 pays sur 20 proposent des contrats à durée déterminée (Bénin, Cameroun et Libéria).

Dans la 2^{ème} catégorie, les CORPs du Nigéria sont les seuls à bénéficier d'un contrat de travail à durée illimitée. Les travailleurs psycho-sociaux au Cameroun et les Relais en RCA signent quant à eux un contrat à durée déterminée avec le Comité national de lutte contre le SIDA et les ONG impliquées.

Temps alloué à la fonction d'ASC

L'allocation du temps à la fonction d'ASC est catégorisée généralement comme suit (i) indéterminé, (ii) selon les besoins de la communauté, (iii) temps partiel (moins de 25 heures par semaine) et (iv) à plein temps (30 heures par semaine ou plus, ou alors de 20 à 31 jours de travail par mois). Alors que l'information sur le temps alloué à la fonction est disponible pour la 1^{ère} catégorie d'ASC dans la plupart des pays (19/20), elle est beaucoup moins claire en ce qui concerne la 2^{ème} catégorie (5/20).

Tableau 2- Temps alloué aux activités des ASCs dans la région WCAs

Temps alloué	1 ^{ère} catégorie d'ASCs	2 ^{ème} catégorie d'ASCs
Indéterminé	Burkina Faso, Côte d'Ivoire, RDC	
Temps partiel (moins de 25 heures par semaine)	RCA, Gambie, Guinée Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Sierra Leone, Sénégal et Togo	Nigéria et Togo
À plein temps (30 heures par semaine ou plus, ou bien de 20 à 31 jours par mois)	Congo, Ghana, Guinée, Mali et Nigéria	Cameroun et Guinée
Selon les besoins de la communauté	Bénin, Cameroun	Bénin

Registre national

Les deux catégories d'ASCs sont enregistrées au registre national par le biais d'un recensement/cartographie dans 18/20 pays pour la 1^{ère} catégorie (sauf au Bénin et au Tchad) et dans 16//20 pays pour la 2^{ème} catégorie (excepté au Bénin, au Cameroun, au Tchad et au Ghana).

La 1^{ère} catégorie d'ASCs bénéficie d'un enregistrement au niveau:

- national dans huit pays,
- régional dans six, et
- local dans 14 (à savoir les aires sanitaires et les zones communautaires).

Quant à la 2^{ème} catégorie d'agents, le recensement/cartographie est mis en place dans 16 pays, et l'enregistrement est effectué au niveau :

- national dans seulement deux pays,
- régional dans quatre, et
- local dans 12 (à savoir les aires sanitaires, les quartiers, villages, ou aux niveaux communautaires).

Signes de reconnaissance

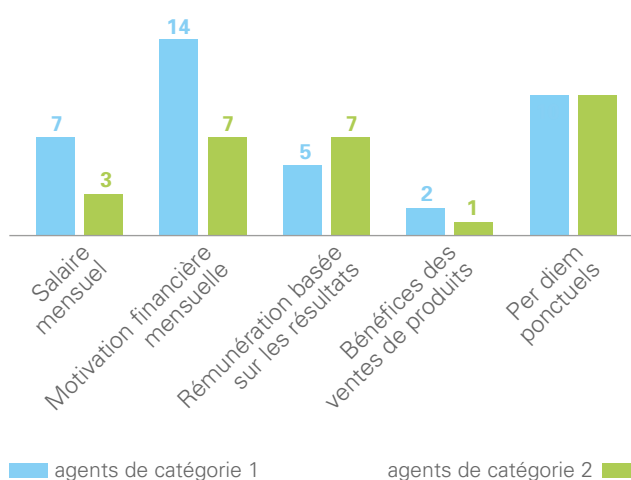
1^{ère} catégorie d'ASCs : ils sont dotés de marques d'identification telles qu'une veste, un tee-shirt, ou une casquette (dans la moitié des pays), une carte d'identité ou un badge (dans sept pays), et/ou une attestation (dans sept pays). En Côte d'Ivoire, au Libéria, au Sénégal (uniquement pour les DSDOM) et en Sierra Leone toutes ces marques de reconnaissance sont distribuées aux ASCs.

2^{ème} catégorie d'ASCs : les agents sont équipés d'une veste, d'un tee-shirt ou d'une casquette dans sept pays - dont le Cameroun (travailleurs psycho-sociaux), la RCA, le Tchad, le Congo, le Togo (Relais), la Côte d'Ivoire (ASCs classiques et le Libéria (CHVs); au Cameroun, au Tchad et en Côte d'Ivoire, ils sont dotés d'une carte d'identité et d'un badge; et au Congo et en Côte d'Ivoire, d'une attestation. Ainsi, seule la Côte d'Ivoire fournit l'ensemble de ces signes de distinction aux ASCs classiques.

3.4. Rémunération

Le graphique 7 indique, selon le type de rémunération des ASCs en vigueur, le nombre de pays de la région WCA.

Graphique 7- Nombre de pays de la région WCA selon le mode de rémunération des ASCs



Salaire mensuel

La première catégorie d'ASCs touche un salaire mensuel au Bénin, en Gambie, au Ghana, au Mali et au Nigéria, équivalent à 50 USD au Nigéria, 70 USD au Mali et au Libéria et 167 USD en Guinée. Cependant, seulement trois types d'ASCs de 2^{ème} catégorie touchent un salaire mensuel : les travailleurs psycho-sociaux au Cameroun, les CORPs au Nigéria et les Relais en RCA (ces derniers reçoivent aussi des per diem de façon ponctuelle), avec des montants respectifs de 126 USD, 42 USD et de 18 à 90 USD.

Motivation financière mensuelle

Dans 14 pays, les ASCs reçoivent une motivation financière en guise de paiement (la plupart du temps après la validation d'un rapport) d'un montant équivalent à 18 USD (10 000 FCFA) ou moins au Niger, en Guinée Bissau, en RCA et en RDC, et allant de 36 à 54 USD (20 000 à 30 000 FCFA) au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad et en Côte d'Ivoire. Le montant de la motivation pécuniaire n'est pas spécifié pour le cas de la Sierra Leone (qui comprend les coûts de transport et autres dépenses inscrites dans le rapport de travail) et du Togo.

Au Nigéria, le salaire mensuel de la catégorie 1 est complété par une motivation pécuniaire de 28 USD par mois (provenant du Fonds renouvelable pour les médicaments).

Sept pays indiquent que les agents de 2^{ème} catégorie reçoivent une motivation financière mensuelle, mais qui ne semble fixe que dans deux d'entre eux (environ 36 USD en Côte d'Ivoire et 167 USD en Guinée, mais étant donné que ces deux types d'agents ne sont pas encore recrutés, il est fortement probable que ces motivations ne soient pas perçues pour le moment).

Rémunération basée sur les résultats

Le système de rémunération basée sur les résultats est mis en place au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Sénégal pour les agents de 1^{ère} catégorie. Au Bénin, le salaire mensuel des

agents de catégorie 1 est complété par un bonus trimestriel basé sur les résultats, et par une motivation financière en Gambie, au Libéria et au Mali.

Pour ce qui est des agents de 2^{ème} catégorie, ils sont rémunérés sur la base de résultats dans six pays - Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, RDC, Libéria, and Sénégal - mais pour la plupart dans le cadre de programme financés par des bailleurs. Le Tchad indique une rémunération particulière par le biais du programme national contre le vers de Guinée qui verse 45 USD (25,000 FCFA) à chaque cas détecté et référencé dans le centre de santé.

Bénéfices provenant des ventes de produits

Les ASCs touchent une rémunération sur les marges obtenues grâce aux ventes de médicaments en Mauritanie, et à la vente de Tests diagnostique rapide (TDRs) du paludisme au Cameroun.

Per-diem

En supplément des rémunérations fixes, les ASCs des deux catégories reçoivent des per diem ponctuels lorsqu'ils participent à des réunions, des formations, ou d'autres activités extraordinaires en Côte d'Ivoire, RCA, RDC, Gambie, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo. Dans d'autres pays, seule une catégorie bénéficie des per diem - au Burkina Faso et au Cameroun c'est la 1^{ère} catégorie et au Bénin et au Tchad la 2^{ème}. Ces montants journaliers variant entre 5 et 9 USD au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Niger et en RDC, et atteignent 18 à 27 USD en RCA. Dans les cinq autres pays, le montant des per diem n'est pas indiqué.

3.5. Stratégie de maintien

A l'exception du Cameroun, du Tchad, du Congo et de la Mauritanie, tous les autres pays, soit 80% disent avoir développé une stratégie de maintien des ASCs en poste pour la 1^{ère} catégorie, et 69% pour la 2^{ème}.

Bénéfices

Les bénéfices reçus de la part de la communauté (dans 56% des pays de la région) et la gratuité des soins de santé (50%) sont les avantages les plus fréquents pour les ASC de 1^{ère} catégorie, tandis que la participation à des formations par les pairs arrive en troisième position (dans 38% des pays). La Côte d'Ivoire indique d'autres avantages tels que les échanges et des voyages d'échange d'expérience à l'échelle nationale et sous-régionale. Des prix honorifiques sont également décernés aux ASCs dans 20% des pays.

Pour les agents de 2^{ème} catégorie, les ASCs recevraient des bénéfices de la part de la communauté dans la moitié des pays. Nous pouvons également mentionner la participation à des formations par les pairs au Ghana, au Niger, au Nigéria et au Sénégal ; la gratuité des soins de santé au Bénin, RCA, Côte d'Ivoire, RDC et Togo; des prix honorifiques en Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée et Sénégal; enfin, le Tchad, où aucune stratégie de maintien n'est établie, indique qu'il arrive que les partenaires distribuent des vélos aux Relais ou s'associent aux communautés pour trouver les meilleurs moyens de motiver les agents communautaires, financiers ou matériels.

Plan de carrière

Il est rare qu'un plan de carrière soit prévu pour les ASCs, avec 25% des pays qui le proposent pour les agents de 1^{ère} catégorie et seulement deux pays (Côte d'Ivoire et Guinée) pour la 2^{ème} catégorie.

3.6. Niveau d'étude et formation

Critère de sélection

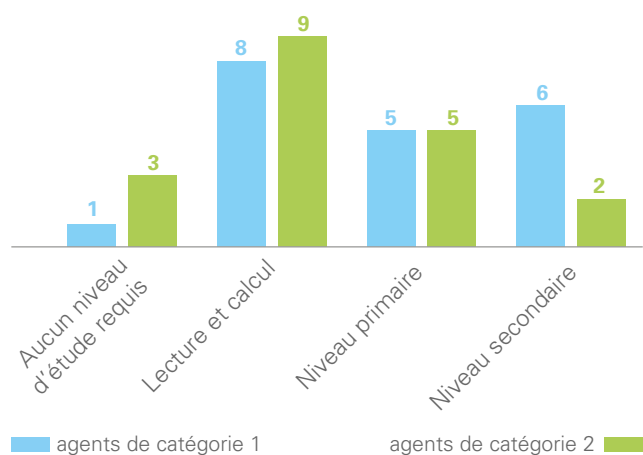
1^{ère} catégorie : Aucun niveau d'étude n'est requis en Sierra Leone pour devenir ASC. Des compétences en lecture et en calcul sont demandées au Cameroun, en RCA, au Tchad, en RDC, au Libéria, au Niger, au Sénégal et au Togo. Il est nécessaire d'avoir achevé le cycle primaire au Burkina Faso, en Guinée Bissau, au Mali, en

Mauritanie et au Nigéria. Enfin, le Bénin, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana et la Guinée exigent un niveau d'éducation secondaire.

2^{ème} catégorie : En Gambie, au Libéria et au Niger il n'est pas nécessaire de prouver son niveau d'éducation pour devenir Agent de santé villageois (VHW), Accompagnante à la naissance communautaire (CBC), Volontaire en santé communautaire (CHV) et Relai promotionnel et de prévention. Au Bénin, en RCA, en Mauritanie et au Nigéria, les Relais et les Personnes ressources orientées vers la communauté (CORPs) doivent justifier d'un niveau d'étude primaire. L'exigence la plus fréquente est la capacité de lire et calculer, que l'on retrouve dans huit pays - Cameroun (travailleur psycho-social), Côte d'Ivoire (ASC classique), Tchad (relai), RDC (relai promotionnel), Guinée (relai), Sénégal (ACPP) et Togo (relai). Enfin, au Congo, le relais qui propose un ensemble de services standard doit avoir étudié au niveau secondaire. Au Ghana, les Volontaires en santé communautaire (CHVs) doivent être allés soit au primaire, soit au secondaire ou, au moins, savoir lire et calculer.

Le graphique qui suit résume les exigences des pays de la région WCA en matière de niveaux d'étude requis, par catégorie d'ASC.

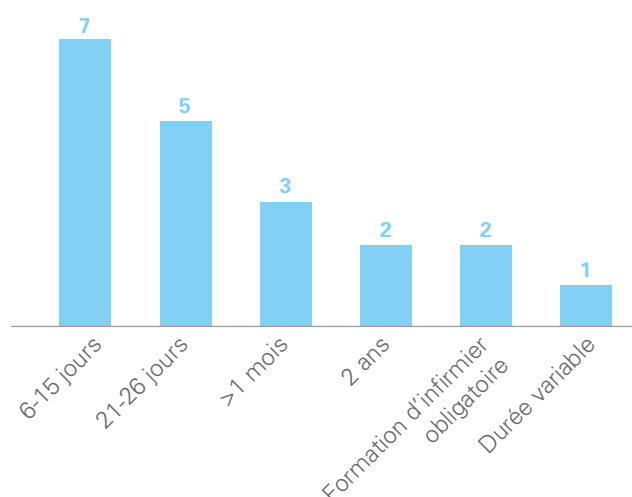
Graphique 8- Nombre de pays de la région WCA par niveau d'étude requis et par catégorie d'ASC



Formation initiale

Tous les pays offrent une formation initiale aux ASCs de 1^{ère} catégorie, dont la durée varie de 6 à 7 jours (RCA, Congo et RDC), jusqu'à deux ans au Ghana et en Guinée (inclue le niveau d'étude requis pour être en mesure de postuler au métier d'ASC). La durée de formation est de 6 à 15 jours au Burkina Faso, au Cameroun, en RCA, au Congo, en Côte d'Ivoire (6 jours pour la théorie, 6 pour la pratique), en RDC et au Togo, et entre 21 et 26 jours en Guinée Bissau, au Mali, en Mauritanie et au Niger. La formation dure plus d'un mois au Libéria, au Sénégal et en Sierra Leone, (respectivement 48 jours - 38 de théorie, 10 de pratique - de 40 à 55 jours et 3 mois). Au Nigéria, les Officiers de santé communautaire (CHOs) sont formés sur deux ans, en soins infirmiers de base et ils reçoivent une formation complémentaire de deux semaines d'intégration et de mobilisation de la communauté, tandis que les Agents de vulgarisation de la santé communautaire (CHEWs) suivent une formation de 24 semaines (dont 6 semaines en classe, 18 pour les pratiques sur le terrain). Au Bénin, les ASCs qui doivent nécessairement obtenir un diplôme de formation en soins infirmiers et obstétricaux, suivent une formation initiale de 12 semaines qui comprend 4 semaines de théorie et 4 de pratique. Le Tchad a indiqué que la durée de formation varie selon la thématique abordée.

Graphique 9- Répartition du nombre de pays de la région WCA selon la durée de formation pour la catégorie 1 d'ASC



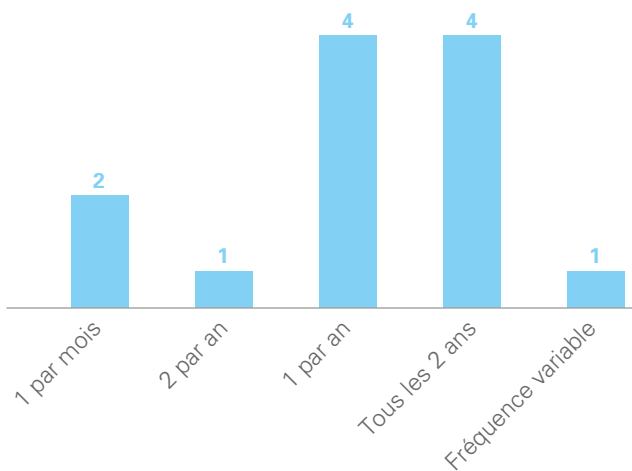
Tous les agents de catégorie 2, exceptés les Volontaires en santé communautaire (CHVs) au Libéria, suivent une formation initiale d'une durée de trois jours au Ghana, et comprise entre 40 et 55 jours au Sénégal. Dans la plupart des pays (8 d'entre eux), la durée de formation est comprise entre 5 à 11 jours. Concrètement, au Togo, au Sénégal, en RDC, en Côte d'Ivoire et en RCA, les deux types d'agents reçoivent le même nombre de jours de formation mais des différences sont observées au niveau du contenu. De ce fait, un agent de santé communautaire au Sénégal est donc très souvent à la fois un ACPP et un AC.

Formation continue

Les ASC de 1^{ère} catégorie suivent une formation continue/de mise à niveau dans plus de la moitié des pays, et cela intervient une fois par mois en Guinée Bissau (en plus de la supervision formative tout au long du mois) et en RCA (qui a lieu tous les trimestres après 5 à 6 mois). La formation de mise à niveau se tient deux fois par an au Ghana, une fois par an au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal, et tous les deux ans au Burkina Faso, en Sierra Leone, au Togo et au Niger (spécifiquement en cas de mise à jour des modules de formation). En Gambie, la

mise à niveau intervient toutes les 3 semaines, 21 semaines ou une fois par an, en fonction des ressources disponibles.

Graphique 10- Fréquence des formations de mise à niveau dans les pays de la région WCA pour les agents de catégorie 1



Les agents de 2^{ème} catégorie reçoivent des formations de mise à niveau dans plus de la moitié des pays (9/16). Toutefois, au Sénégal et au Niger, il est indiqué que ces sessions ne sont pas systématisées, mais sont dispensées selon les besoins et en fonction des ressources disponibles pour le premier, et en cas de révision des modules de formation pour le second. Leur fréquence est sensiblement la même pour les deux catégories d’agents, à l’exception du Ghana, où elles interviennent de deux fois par an pour les Officiers en santé communautaire (CHOs) à tous les deux ans pour les Volontaires en santé communautaire (CHVs), et du Tchad où il ne semble pas exister de formation de mise à niveau pour les ASCs alors que les Relais eux bénéficient de formation continue au moins trois fois par an (essentiellement lorsqu’ils sont volontaires en ONGs).

3.7. Densité

Le nombre d’ASCs de 1^{ère} catégorie enregistré lorsque le recensement est mené va de 106 infirmières en santé communautaires (CHNs) en Gambie à 20 000 Officiers en santé communautaire (CHOs) au Ghana. Le nombre d’agents de 2^{ème} catégorie enregistré est bien plus important, allant de 810 Agents de santé villageois (VHWs) et Accompagnantes à la naissance communautaires (CBCs) en Gambie à 340 000 Relais promotionnels en RDC ; ce nombre est au dessus de 10 000 au Bénin, en Côte d’Ivoire et au Sénégal.

Densité d’ASCs par population

La densité des ASCs diffère pour les deux catégories et selon les pays.

Les ASCs de 1^{ère} catégorie sont affectés par village au Bénin, au Burkina Faso, en RDC, en Gambie et en Mauritanie; le ratio est de un ASC par village au Bénin, deux ASCs par village (avec des ASCs supplémentaires s’il y a plus de 2 000 habitants, avec une limite de 4 ASCs par village) au Burkina Faso, un ASC dans chaque village de plus de 500 habitants situé à plus de 5kms d’une structure sanitaire en Mauritanie et en RDC, et un ASC pour six villages « Soins de santé primaire » (PHC) en Gambie. La répartition se fait proportionnellement au nombre de ménages au Libéria, en Sierra Leone, au Tchad et en RCA, avec respectivement 1 ASC pour 40 à 60 ménages, 1 pour 100, 1 pour 50 à 100 et 2 pour 250. Le nombre d’ASCs est déterminé par le nombre d’habitants au Cameroun (1 / 1 000 en zone rurale et 1 / 2 500 en zone rurale), au Congo (1 / 150), au Ghana (1 / 3 000), en Guinée (1 / 6 500), en Guinée Bissau (1 / 350), au Mali (1 / 700 à 800) et au Niger (1 / 500). Enfin, en Côte d’Ivoire, un superviseur d’ASC est en charge du suivi de 10 ASC classiques. La répartition annoncée est considérée comme assez efficace

dans la plupart des pays, sauf au Congo (1 / 300 habitants alors que cela devrait être 1 / 150) et au Tchad; Au Bénin et en Guinée où les types d'ASCs mentionnés ne sont pas encore déployés, la densité effective n'est pas disponible.

Pour ce qui est des agents de 2^{ème} catégorie, au Congo, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana, en Guinée et au Niger, la densité varie entre 1 agent communautaire pour 250 habitants et 1 pour 650. Au Bénin, en RCA, en RDC, en Mauritanie et au Sénégal, la densité est exprimée en nombre de relais par ménage et se situe entre 1 / 10 au Sénégal et 2 / 250 en RCA. Il n'y a pas de densité recommandée ni au Tchad, ni au Nigéria. La densité annoncée semble plus ou moins efficace en RDC, en Gambie, au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Niger.

Taux de déperdition

Le taux de déperdition des ASCs de 1^{ère} catégorie est connu pour seulement cinq pays et va de 1 à 5% au Togo, en Sierra Leone et au Mali pour atteindre 15% en Guinée Bissau et au Cameroun.

Seuls deux pays connaissent le taux de déperdition des agents de 2^{ème} catégorie, qui est de 1% in Togo (le même que pour les ASCs de 1^{ère} catégorie) et qui va de 13 à 15% au Bénin (inconnu pour les ASCs de 1^{ère} catégorie).



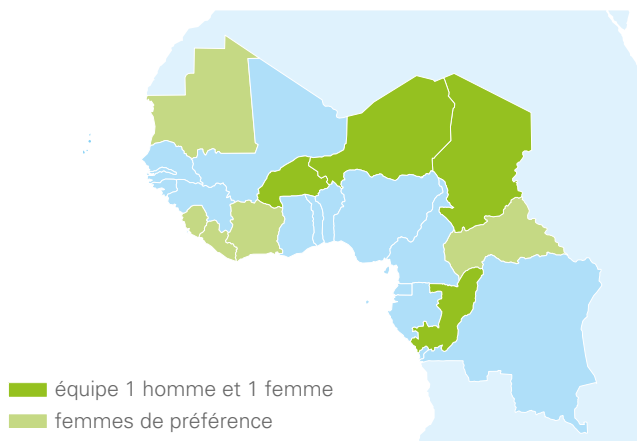
4. EGALITÉ ENTRE LES SEXES

4.1. Examen des politiques

20% des pays (Burkina Faso, Tchad, Congo, Niger) privilégient les équipes de deux, une femme et un homme, tandis que 25% (RCA, Côte d'Ivoire, Libéria, Mauritanie, Sierra Leone) indiquent la discrimination positive envers les femmes. Parmi eux, la RCA montre une préférence pour les «femmes mères».

En ce qui concerne l'égalité des genres au sein des Comités, la Mauritanie demande à ce que au moins un membre du Comité de Santé soit une femme, et le Ghana tend vers la parité au sein des Comités de gestion de santé communautaire (CHMCs).

Graphique 11- Pays de la région WCA qui respectent l'équité homme/femme ou qui affichent une préférence pour le recrutement de femmes chez les ASCs



Cependant, il est important de noter que 40% des pays n'abordent pas la dimension genre dans leurs documents de politique, avec seulement deux pays qui l'énoncent brièvement, l'un en spécifiant que « l'approche est prise en compte à travers le processus de recrutement

des ressources humaines » (Bénin), et l'autre en indiquant qu'« une disparité genre est à notée parmi les ASCs, avec 82% d'hommes et 18% de femmes » (Togo).

Ces constats montrent que les politiques sont, de façon évidente, insuffisamment sensibles au genre.

4.2. Recrutement équilibré entre les sexes

La proportion relative entre les sexes pour les ASCs est disponible dans environ 13 pays et est majoritairement masculin dans la plupart d'entre eux, allant de 17% de femmes au Libéria - néanmoins très variable selon les régions (25% dans le Maryland et 9% dans le comté de Sinoe) - à 40% au Bénin. En Gambie, sur les 810 ASCs (qui sont soit des VHWs ou des Accompagnatrices à la naissance communautaires (CBCs), 55% sont des femmes et pour la plupart des CBCs. Le sex-ratio exact n'est connu en Mauritanie et au Niger, mais ils déclarent tous deux que le ratio est déséquilibré, respectivement à prédominance féminine et masculine. Quant au Congo et au Tchad ils indiquent tous les deux que le ratio est d'environ 1 (le deuxième mentionnant qu'il y a une femme et un homme dans chaque village). Enfin, seule la Mauritanie compte en majorité des femmes ASCs (ainsi que la Gambie mais uniquement en raison de la proportion de CBCs), le Congo et le Tchad faisant également état de la parité entre ASCs; dans tous les autres pays la prédominance est masculine.

4.3. Avantages/inconvénients spécifiques liés au genre

Selon les répondants, les principaux facteurs influençant le rapport des sexes non équilibré sont les suivants⁶ :

- contraintes socioculturelles, y compris l'autorité décisionnelle du mari,
- la lourde charge de travail des femmes à la maison et leur faible niveau d'éducation.

6. Les mêmes justifications qui reviennent pour presque tous les pays

Les avantages de recruter des femmes ASCs, mentionnés par les personnes enquêtées, sont le plus souvent liés au fait que :

- les femmes sont plus à l'aise avec les principaux thèmes de la santé communautaire (grossesse, accouchement, allaitement, maladies de l'enfance, planification familiale, etc.),
- elles sont plus stables dans la communauté que leurs homologues masculins, qui tendent plus souvent à migrer vers des villes à la recherche d'emplois lucratifs, ce qui, de fait, a un impact sur le taux de déperdition des ASCs dans les programmes.

Cependant, le Nigéria, bien que déclarant que les femmes ASCs soient plus aptes à traiter les maladies des femmes et des enfants, précise que les hommes ASCs sont préférés en milieu urbain. En outre, de nombreux pays soulignent qu'au sein des communautés musulmanes, il est préférable que des agents de santé de sexe masculin assistent les patients masculins et des agents de sexe féminin, les femmes.

4.4. Respect des sexospécificités dans les documents de politique

13 pays sur 20 déclarent que la politique de santé communautaire prend en compte le genre; la plupart d'entre eux le justifient par le fait que les candidatures féminines sont fortement encouragées. La RDC précise également que, à Kinshasa, les épouses des volontaires de la communauté (RECOs) ne sont pas impliquées dans les activités de soins. Le Bénin, le Cameroun, la Gambie, le Ghana, la Mauritanie et le Sénégal reconnaissent que la politique actuelle ne tient pas compte des sexospécificités, et la question ne s'applique pas au Nigéria étant donné qu'il n'existe pas de politique de santé communautaire en vigueur.

Il est à noter que les enquêtes approfondies ont révélé que seuls trois pays (Bénin, Ghana et Guinée) ont effectué une analyse sexospécifique, confirmant le fait que les documents de politique ne tiennent pas compte du genre.

Encadré 3 : Exemple de la Mauritanie, exception régionale en matière de ratio homme/femme

Mauritanie : l'exception régionale en matière de sexe-ratio

Les ASCs sont majoritairement des femmes de part le monde. Pourtant, la Mauritanie est le seul pays de la région Afrique de l'Ouest et du Centre (WCAR) où la répartition des ASCs est à prédominance féminine - bien que le sex-ratio exact des ASC ne soit pas connu. Selon les répondants nationaux à l'enquête, ce phénomène s'expliquerait d'une part par la stabilité plus attendue des femmes dans les villages, et d'autre part sur la préférence des utilisatrices potentielles, les femmes trouvant plus facile de s'adresser à d'autres femmes pour parler de la santé maternelle et infantile, et plus particulièrement des questions relatives à la grossesse et à l'accouchement.

Toutefois, la prédominance des femmes ASCs peut refléter à la fois l'émancipation des femmes et leur contribution à la résolution des problèmes de santé dans la communauté, et à la fois le renforcement des inégalités entre les sexes, étant donné que les ASCs sont souvent non rémunérés ou sous-payés cela peut mettre en évidence la prédominance des femmes dans des positions de niveau inférieur au sein de la société. Une recherche multi-pays menée par l'UNICEF WCARO et un partenaire permettra d'explorer cet aspect dans la région, et la cas de la Mauritanie.



5. ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS

5.1. Définition des ensemble de services dans les documents de politique

L'ensemble des services défini dans les documents de politique est très variable selon les pays. Cependant, il existe des activités communes à tous les pays à savoir la promotion, la prévention et le traitement :

LA PROMOTION:

- o Principales pratiques familiales (65% des pays)
- o Enregistrement de naissance (40%)
- o Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (35%)
- o Eau, Assainissement et Hygiène (WASH) (55%)

LA PRÉVENTION:

- o Dépistage et suivi des cas défaillants (en particulier pour les soins prénatals (CPN), les soins postnatals, la vaccination, la prévention et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (P/eTME), la tuberculose, etc.) (45%)
- o Livraison et suivi des Moustiquaires à Imprégnation Durable (MID) (35%)
- o Supplémentation en vitamine A et en fer (30%)
- o Déparasitage (albendazole / mébendazole) (25%)
- o Planification familiale (50%)

LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES INFANTILES:

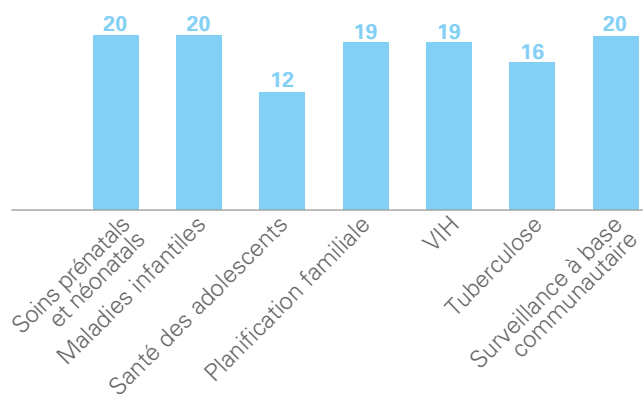
- o Infection respiratoire aiguë (IRA) / pneumonie avec traitement à l'amoxicilline (75%)
- o Paludisme non compliqué - Diagnostic (TDR) et traitement (TCA) (75%)
- o Diarrhée, avec réhydratation orale (SRO) / Zn (75%)
- o Parfois, prise en charge de la malnutrition aiguë (15%)

Ajouté à ces activités essentielles,

- la surveillance communautaire (50% des pays)
- la réhabilitation (25% des pays) - par exemple:
 - o Réadaptation à base communautaire des personnes handicapées au Togo
 - o Suivi des complications de la filariose lymphatique au Sénégal
- Autres : prévention des violences basées sur le genre, des mutilations génitales féminines et du mariage des enfants

Sur la base de cet examen des politiques et en abordant les systèmes de santé communautaires dans une optique de cycle de vie, nous avons divisé l'ensemble de services proposés en sept composantes pour une analyse approfondie : i) soins prénatals et néonataux (jusqu'à 28 jours) (promotion / prévention) , ii) maladies infantiles (moins de cinq ans) / PCIME-C (promotion, prévention, soins curatifs), iii) adolescents, iv) planification familiale, v) VIH, vi) tuberculose et vii) surveillance à base communautaire.

Graphique 12- Différentes composantes de l'ensemble des services proposés de santé proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA



Pour chacune des composantes, il a été demandé aux pays de sélectionner les services spécifiques qui sont effectivement mis en œuvre et d'étudier la portée (entièrement⁷ ou partiellement⁶) et l'échelle (nombre de districts de santé) de leur mise en œuvre.

7. Entièrement mis en œuvre : toutes les composantes de l'ensemble de services sont mises en œuvre dans toutes les communautés du district

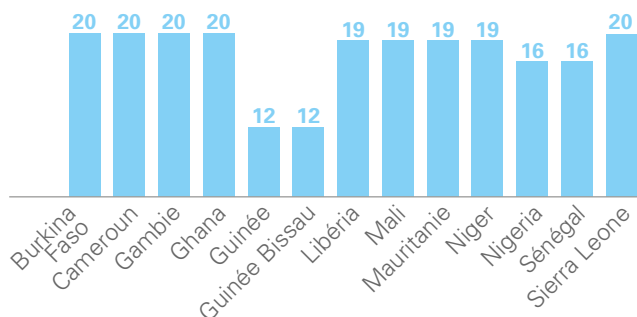
8. Partiellement mis en œuvre : seules quelques composantes de l'ensemble de services sont mises en œuvre ou toutes les activités sont mises en œuvre, mais seulement dans quelques communautés du district.

5.2. Soins anténatals et du nouveau-né

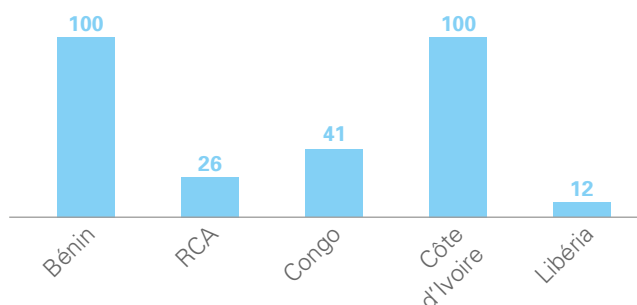
Portée de la mise en œuvre des services

L'ensemble des services proposés pour les soins prénatals et néonataux est mis en œuvre dans tous les pays. Il l'est pleinement dans tous les districts / zones de santé / zones de gouvernement local du Burkina Faso, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée Bissau, de la Mauritanie, du Niger, du Nigéria, du Sénégal et de la Sierra Leone, et dans certains districts sanitaires au Cameroun, au Libéria et au Mali (respectivement dans 80/189, 79/90 et 47/65). Enfin, les services sont partiellement mis en œuvre dans tous les districts sanitaires du Bénin et de la Côte d'Ivoire, ainsi que dans certains districts de la RCA, du Congo et du Libéria (respectivement 9/35, 22/53 et 11/90).

Graphique 13- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services des soins anténatals et du nouveau-né mis en œuvre complètement dans la région WCA



Graphique 14- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services des soins anténatals et du nouveau-né mis en œuvre partiellement dans la région WCA



Données manquantes pour le Tchad, la RDC et le Togo

Promotion

La promotion et la référence de quatre visites de soins prénatals recommandées, la promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, la promotion de l'allaitement maternel exclusif et précoce et la promotion de la vaccination sont effectives dans les 20 pays. Pour d'autres activités promotionnelles - promotion de l'acide ferrique / folique, de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), de l'accouchement en présence d'une sage-femme qualifiée, du contact peau à peau, de la méthode de portage Kangourou (KMC) au niveau communautaire, de la contraception post-partum ou de l'enregistrement des naissances - 70 à 90% des pays les incluent dans leur ensemble promotionnel de soins prénatals et néonataux. Cependant, seuls six pays (Tchad, Gambie, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone) ont des ASCs favorisant le développement de la petite enfance (DPE) au niveau de la communauté.

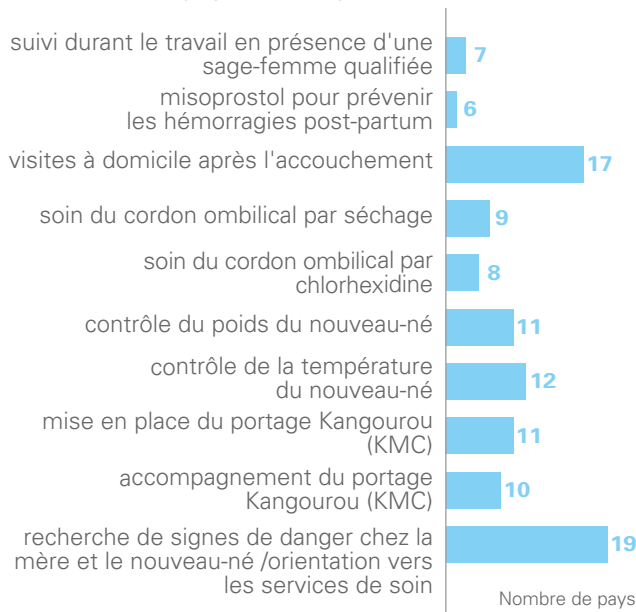
Graphique 15- Différents services promotionnels de soins anténatals et du nouveau-né proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA



Prévention

Les visites à domicile après l'accouchement (24 heures, 72 heures et 7 jours) et la recherche de signes de danger chez la mère et le nouveau-né, ainsi que l'orientation vers les services de soin, sont respectivement mises en œuvre dans 17 et 19 pays. D'autres activités préventives sont toutes mises en œuvre dans moins de 60% des pays : suivi durant le travail en présence d'une sage-femme qualifiée, fourniture de misoprostol pour prévenir les hémorragies post-partum, soins du cordon ombilical (par séchage ou utilisation de chlorhexidine), contrôle du poids ou de la température du nouveau-né, mise en place ou accompagnement du portage Kangourou (KMC).

Graphique 16- Différents services de prévention de soins anténatals et du nouveau-né proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA



D'autres services de soins prénatals et néonataux ont été mentionnés comme étant mis en œuvre dans certains pays, tels que la gestion des cas non-complicés de paludisme chez les femmes enceintes après le premier trimestre (avec TDR et TCA) au Mali, et le traitement intermittent du paludisme au cours de la grossesse (TPIg) au Burkina Faso (dans 3 districts sanitaires sur 70).

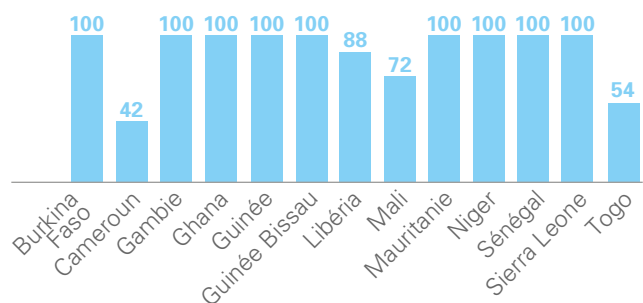
Toujours au Burkina Faso, bien que l'ensemble des services proposés de soins prénatals et néonataux soit pleinement mis en œuvre, les visites à domicile après l'accouchement ne sont que partiellement mises en œuvre, les agents de santé ne couvrent que 28 districts sur 70.

5.3. Maladies de l'enfance

Portée de la mise en œuvre des services

L'ensemble des services proposés définis au niveau national pour les maladies infantiles / PCIME-C est pleinement mis en œuvre dans tous les districts / zones sanitaires en Gambie, au Ghana, en Guinée, en Guinée Bissau, en Mauritanie, au Nigéria, au Sénégal et en Sierra Leone, et pleinement mis en œuvre dans certains districts / zones de santé au Cameroun, au Mali et au Togo (respectivement 80/189, 47/65 et 22/41). Cette offre est partiellement mise en œuvre dans tous les districts du Bénin et de la Côte d'Ivoire et dans certains districts de RCA, du Libéria et du Niger (respectivement 11/35, 11/90 et 19/72). Au Congo, l'ensemble des services proposés de promotion et de prévention de PCIME-C est partiellement mis en œuvre dans 22/53 districts, tandis que des soins curatifs sont faiblement administrés, dans seulement 3/53 districts.

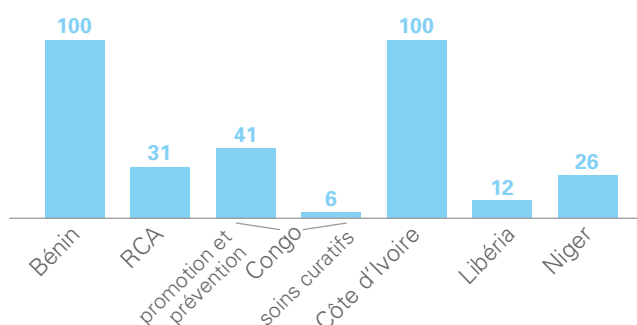
Graphique 17- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services liés aux maladies de l'enfance mis en œuvre complètement dans la région WCA



RÉSULTATS

Ensemble des services proposés

Graphique 18- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services liés aux maladies de l'enfance mis en œuvre partiellement dans la région WCA

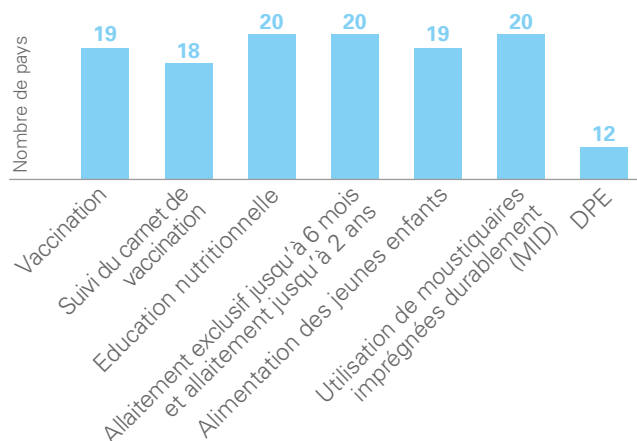


Données manquantes pour le Tchad et la RDC

Promotion

Dans tous les pays, les ASCs organisent des activités promotionnelles concernant l'utilisation des moustiquaires imprégnées de façon durable (MID) et l'éducation nutritionnelle, notamment sur la question de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et l'allaitement maternel jusqu'à deux ans. D'autres activités promotionnelles concernant la vaccination des enfants, le contrôle du carnet de vaccination et l'éducation nutritionnelle axée sur l'alimentation des jeunes enfants sont mises en œuvre dans 90 à 95% des pays. De nouveau, la promotion de la petite enfance (DPE) est effective dans une moindre proportion de pays (60%).

Graphique 19- Différents services de promotion liés aux maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA

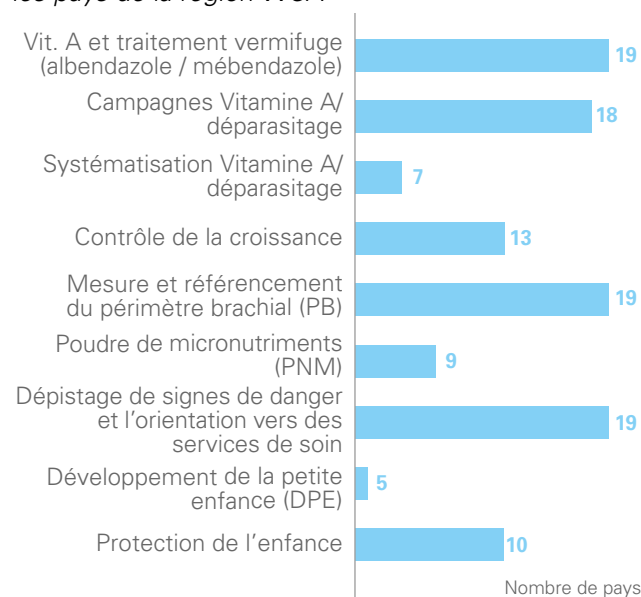


Le Mali a également indiqué que la promotion de l'inscription des filles et des garçons à l'école faisait partie de ses activités de promotion.

Prévention

Des activités préventives contre les maladies infantiles sont mises en œuvre dans presque tous les pays (95%), notamment la fourniture de vitamine A et le traitement vermifuge (albendazole / mébendazole), la mesure et le référencement du périmètre brachial (PB), le dépistage de signes de danger et l'orientation vers des services de soin. Bien que les ASCs fournissent un traitement à la vitamine A et le déparasitage dans 19 pays sur 20, il se produit principalement lors des campagnes dans 18 pays, et par le biais d'activités systématiques dans seulement sept d'entre eux. D'autres activités sont mises en œuvre dans une moindre mesure : contrôle de la croissance (65%), distribution de poudre de micronutriments (PNM) (45%), DPE (participation active des ASCs, par le biais de jeux, de chansons, de massages, etc.) (25%) et protection de l'enfance (50%).

Graphique 20- Différents services de prévention des maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA



Le Burkina Faso a ajouté à l'offre de services de prévention des maladies infantiles ceux fournis par les ASCs lors des campagnes de prévention chimique du paludisme saisonnier. Cela peut être vrai dans d'autres pays, mais n'a pas été précisé lors de l'enquête.

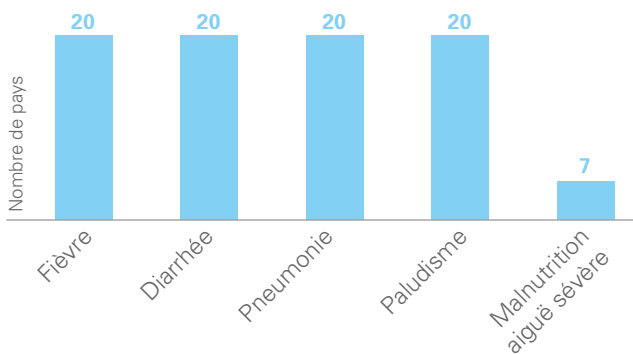
Soins curatifs

Tous les pays assurent la prise en charge des trois principales maladies mortelles chez les enfants - la pneumonie, le paludisme et la diarrhée - au niveau communautaire, regroupé sous l'appellation mieux connue de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance dans la Communauté (PCIME-C). Pour rappel, la PCIME-C inclut la prise en charge de la fièvre avec du paracétamol, de la pneumonie avec l'amoxicilline DT, de la diarrhée avec des solutés de réhydratation oraux (SRO) et du zinc, et du paludisme par le diagnostic (TDR) et le traitement combiné à base d'artémisinine (TCA).

En outre, sept pays - Tchad, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Nigéria et Togo - ont déclaré que la malnutrition aiguë sévère (MAS) est prise en charge au niveau communautaire à l'aide d'amoxicilline et d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

Parmi les activités d'intérêt qui font partie dans cet ensemble de services de soins curatifs, la Côte d'Ivoire a également mentionné la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) avec des aliments prêts à l'emploi.

Graphique 21- Différents services curatifs des maladies de l'enfance proposés par les ASCs dans les pays de la région WCA

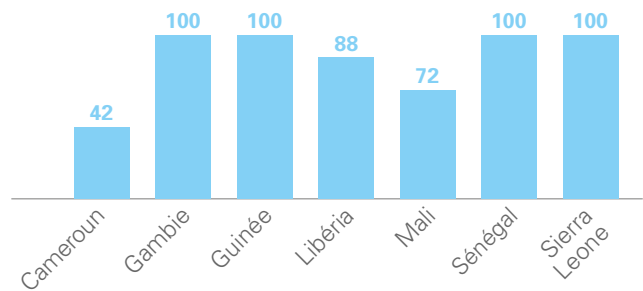


5.4. Santé de l'adolescent

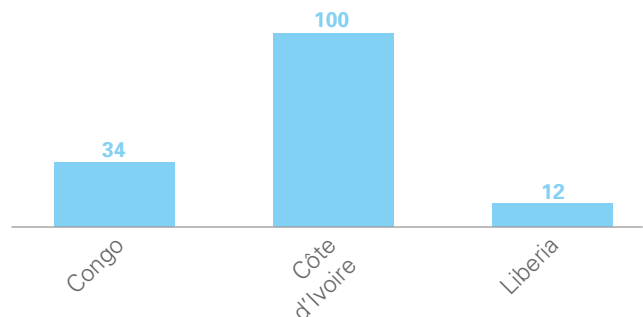
Portée de la mise en œuvre des services

Les services de santé adressés aux adolescents au niveau communautaire ne sont fournis que dans 12 pays : Cameroun, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, RDC, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone. L'ensemble de services est pleinement mis en œuvre dans tous les districts de cinq d'entre eux : Gambie, Guinée, Nigéria, Sénégal et Sierra Leone. Il est partiellement mis en œuvre dans tous les districts de la Côte d'Ivoire et dans certains districts du Cameroun et du Congo (80/189 et 18/53). Au Libéria, l'ensemble des services proposés est pleinement mis en œuvre dans 79 districts (88%) et partiellement dans 11 (12%). La RDC et le Tchad n'ont pas fourni de chiffres de couverture des services de santé relatifs aux adolescents.

Graphique 22- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé pour les adolescents mis en œuvre complètement dans les pays de la région WCA



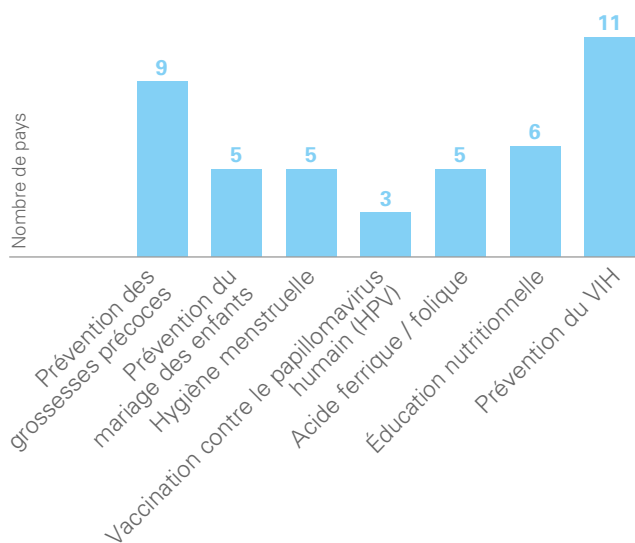
Graphique 23- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé pour les adolescents mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA



Services de soins offerts aux adolescents

Seuls quelques pays mettent en œuvre des activités ciblant les adolescents au niveau communautaire. Entre 25 et 45% des pays mettent en œuvre un ensemble de services pour les adolescents axés sur : la prévention des grossesses précoces, l'hygiène menstruelle, la prévention du mariage des enfants, l'acide ferrique / folique et l'éducation nutritionnelle. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est pratiquée au niveau communautaire dans seulement trois pays (15%), y compris en Gambie, qui précise que, même si les autres activités sont intégralement mises en œuvre dans tous les districts, le vaccin HPV est distribué au niveau communautaire dans une seule région. D'autre part, la prévention du VIH chez les adolescents est assez répandue puisque 55% des pays l'incluent dans l'ensemble des services proposés dédiés aux adolescents. Le Mali a cité comme autres services destinés aux adolescents la prise en charge des cas de paludisme à l'aide de tests (TDR) et traitements (TCA) ainsi que la prévention des mutilations génitales féminines (MGF).

Graphique 24- Ensemble de services de santé offerts par les ASCs aux adolescents dans les pays de la région WCA

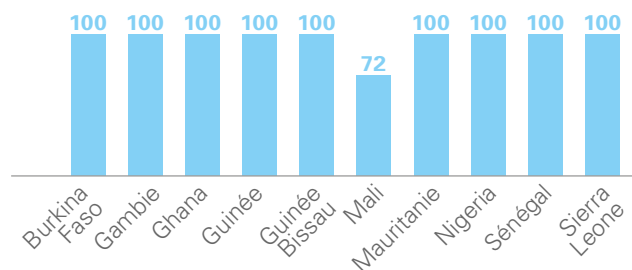


5.5. Planification familiale

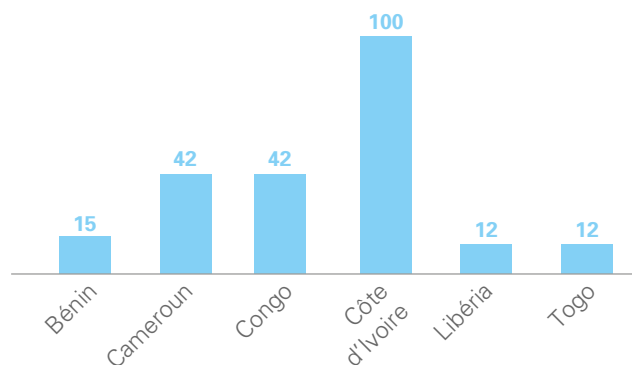
Portée de la mise en œuvre des services

Les services de planification familiale sont fournis au niveau communautaire dans tous les pays, à l'exception du Niger. L'ensemble de services est pleinement pris en charge dans tous les districts du Burkina Faso, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée Bissau, de la Mauritanie, de la Nigéria, du Sénégal et de la Sierra Leone, et partiellement dans tous les districts de la Côte d'Ivoire et dans quelques districts du Bénin, du Cameroun, du Congo et du Togo (5/34, 80/189, 22/53, 5/41). Enfin, au Libéria, l'ensemble des services proposés de planification familiale est pleinement mis en œuvre dans 79 districts et partiellement dans 11.

Graphique 25- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de planification familiale mis en œuvre complètement dans les pays de la région WCA



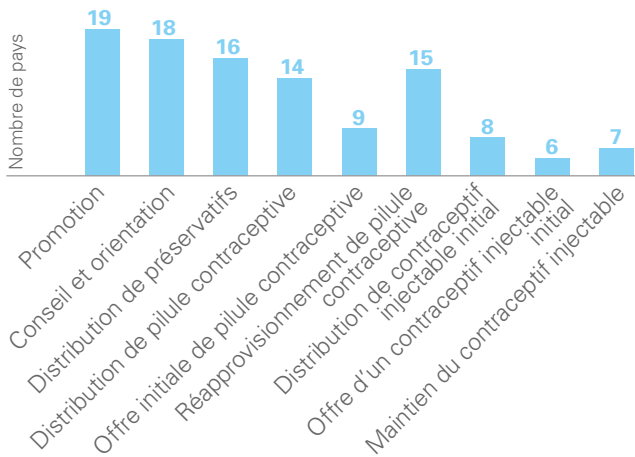
Graphique 26- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé de planification familiale mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA



Services disponibles en matière de planification familiale

Tous les pays qui mettent en œuvre un ensemble de services de planification familiale au niveau communautaire (les 20 pays à l’exception du Niger) ont inclus des activités de promotion. Tous, à l’exception de la Mauritanie, incluent également des services de conseil et d’orientation vers des services de soins adaptés. D’autre part, parmi les pays qui offrent des services de planification familiale au niveau communautaire, la proportion de ceux qui incluent la distribution de contraceptifs est très variable selon la méthode de contraception : 84% des pays autorisent les ASCs à distribuer des préservatifs, 74% la pilule contraceptive (47% avec une offre initiale et 79% qui fournissent le réapprovisionnement), et 42% pour les produits injectables (32% pour l’offre initiale et 37% pour le maintien). La RDC a également mentionné la fourniture d’une chaîne de cycle au niveau de la communauté.

Graphique 27- Ensemble de services de planification familiale déployés par les ASCs dans les pays de la région WCA



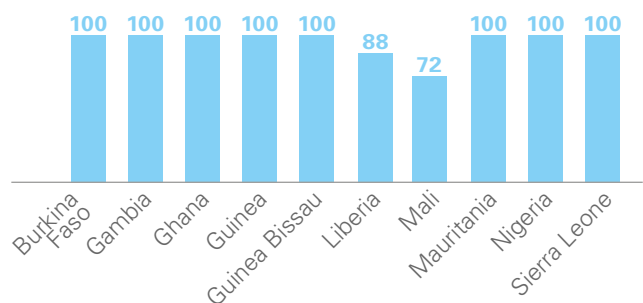
Au Burkina Faso, alors que d’autres activités de planification familiale sont pleinement prises en charge (à l’exception de l’offre initiale de pilule qui ne fait pas partie de l’ensemble des services proposés de planification familiale au niveau communautaire), la fourniture de produits injectables au niveau communautaire n’est possible que dans 2 régions sur 70 (et seulement en matière de suivi).

5.6. VIH

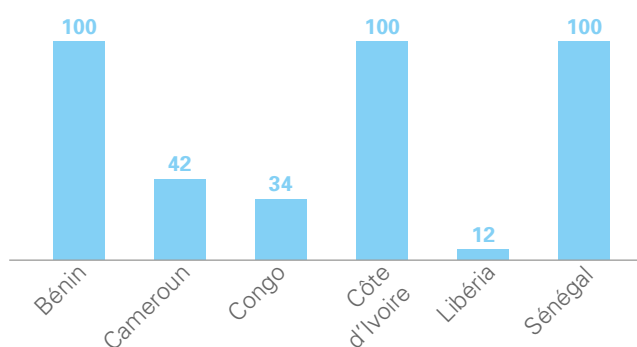
Portée de la mise en œuvre des services

Les services de lutte contre le VIH sont fournis au niveau communautaire dans tous les pays, à l’exception du Niger. L’ensemble de services proposé au niveau national est pleinement pris en charge dans tous les districts sanitaires du Burkina Faso, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée Bissau, de la Mauritanie, du Nigéria et de la Sierra Leone; il est partiellement mis en œuvre dans tous les districts du Bénin, de la Côte d’Ivoire et du Sénégal et partiellement mis en œuvre dans certains districts du Cameroun et du Congo (80/189 et 18/53). Au Libéria, à l’instar des autres composantes de l’ensemble de services, celle du VIH est pleinement prise en charge dans 79 districts et partiellement dans 11.

Graphique 28- Couverture géographique (% de districts) de l’ensemble de services de santé en matière de VIH mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA



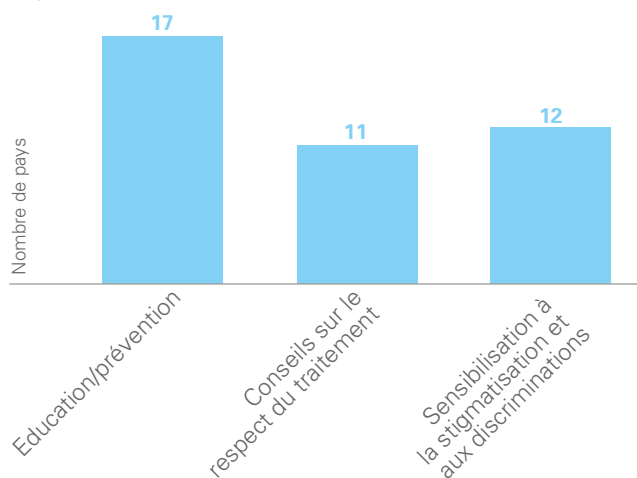
Graphique 29- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble de services de santé en matière de VIH mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA



Services en matière de lutte contre le VIH

Parmi les 19 pays sur 20 qui offrent des services de lutte contre le VIH au niveau communautaire et en plus des services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) décrits dans la section sur les soins prénatals, 17 (soit 89%) incluent des activités d'éducation et de prévention, 11 d'entre eux (58%) offrant des conseils sur le respect du traitement et 12 (63%) sont sensibilisés à la stigmatisation et aux discriminations.

Graphique 30- Ensemble de services de planification familiale déployés par les ASCs dans les pays de la région WCA

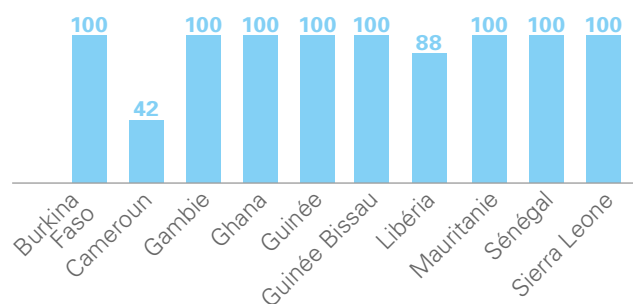


5.7. Tuberculose

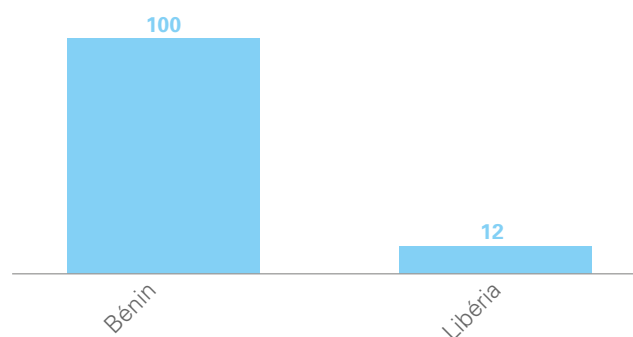
Portée de la mise en œuvre des services

L'ensemble de services de lutte contre la tuberculose est pleinement mis en œuvre dans tous les districts sanitaires de sept pays - Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Mauritanie et Sénégal - et partiellement mis en œuvre dans tous les districts du Bénin et certains au Nigéria. Au Libéria, certains districts sont pleinement mis en œuvre (79/90) et d'autres partiellement (11/90).

Graphique 31- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble des services proposés de la lutte contre la tuberculose mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA



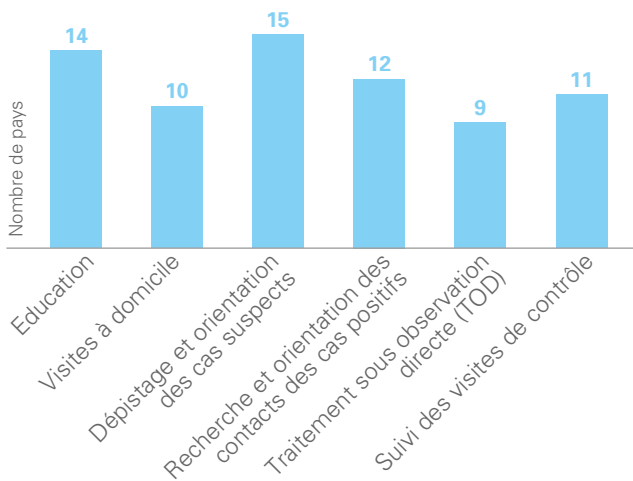
Graphique 32- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble des services proposés de lutte contre la tuberculose mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA



Services en matière de lutte contre la tuberculose

Sur les 16 pays mettant en œuvre un ensemble de services de lutte contre la tuberculose au niveau communautaire, 14 (88%) incluent l'éducation de la communauté. Les ASCs procèdent au dépistage et à l'orientation des cas suspects vers des services adaptés dans 15 pays (94%), alors que la recherche et l'orientation des contacts de cas positifs ne se produisent que dans 12 pays (75%). Respectivement 10 et 11 pays sur 16, ont des ASCs qui effectuent des visites à domicile et assurent le suivi et les visites de contrôle. Enfin, le traitement sous observation directe (TOD) au niveau communautaire est pris en charge dans neuf pays (Tchad, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Guinée Bissau, Libéria, Nigéria, Sénégal et Togo).

Graphique 33- Ensemble de services de lutte contre la tuberculose mis en œuvre par les ASCs dans les pays de la région WCA



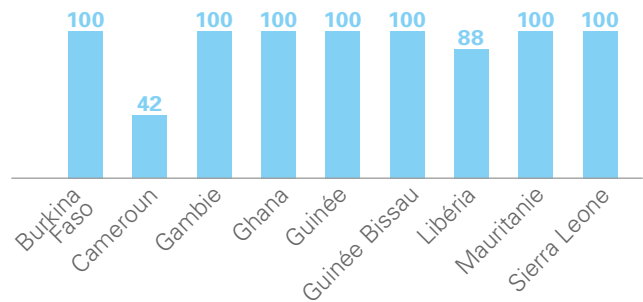
5.8. Interventions de surveillance à base communautaire

Portée de la mise en œuvre des services

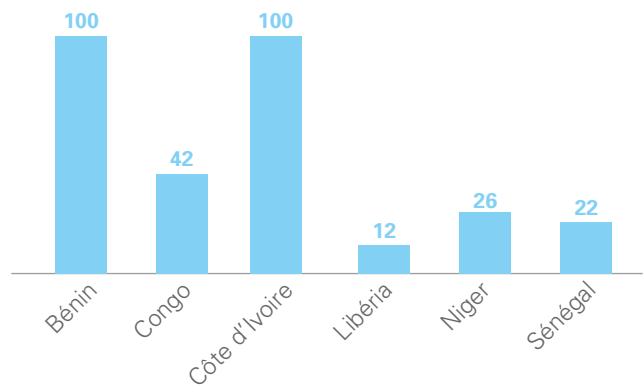
La surveillance communautaire a lieu dans tous les pays. L'ensemble des services proposés de surveillance à base communautaire est

pleinement mis en œuvre dans tous les districts sanitaires du Burkina Faso, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée Bissau, de la Mauritanie et de la Sierra Leone, et partiellement mis en œuvre dans tous les districts du Bénin et de la Côte d'Ivoire et dans certains districts au Congo, au Niger, au Nigéria et au Sénégal. Quant au Libéria, comme toutes les autres composantes des services pris en charge par les ASCs, la plupart des districts (79/90) font l'objet d'une mise en œuvre intégrale et certains autres (11/90) d'une mise en œuvre partielle.

Graphique 34- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble des services proposés de surveillance communautaire mis en œuvre totalement dans les pays de la région WCA



Graphique 35- Couverture géographique (% de districts) de l'ensemble des services proposés de surveillance communautaire mis en œuvre partiellement dans les pays de la région WCA



Interventions de surveillance à base communautaire

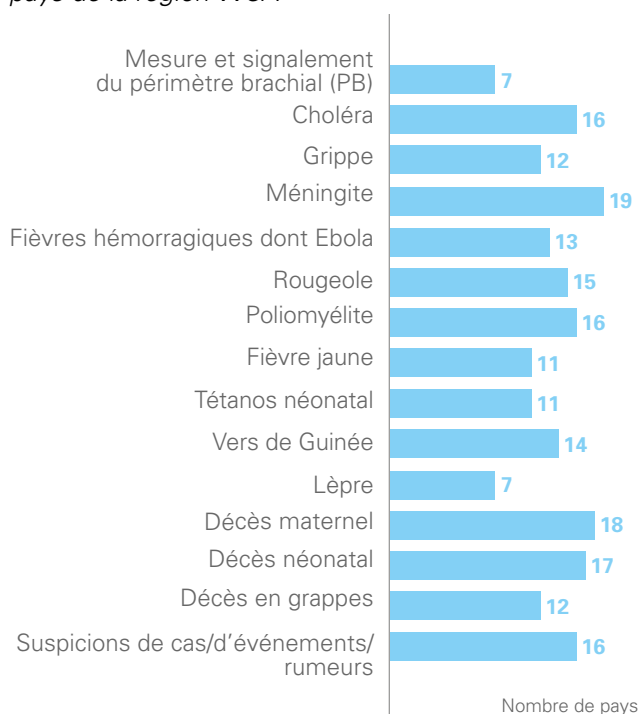
Plus de 75% des pays ont mis en place une surveillance communautaire du choléra, de la rougeole, de la poliomyélite, de la mortalité maternelle et néonatale, de la mesure du périmètre brachial (PB) incluant le signalement de tout cas suspect, d'événements inhabituels ou rumeurs circulant dans la communauté. Entre 50 et 75% des pays ont inclus la surveillance communautaire de la méningite, des fièvres hémorragiques (y compris la maladie à virus Ebola), de la fièvre jaune, du tétanos néonatal et des décès en grappes. 35% des pays ont également mis en place une surveillance de la grippe et de la lèpre.

Au Mali, bien que les ASC signalent chaque semaine des «cas suspects de maladie» à déclaration obligatoire, seule la surveillance des décès maternels, néonataux et groupés, des cas suspects, événements inhabituels ou rumeurs circulant dans la communauté a été indiquée.

Au Burkina Faso, la surveillance de presque toutes les maladies est pleinement effectuée dans tous les districts de santé, mais les décès en grappes et tout cas suspect, événement inhabituel ou rumeur circulant dans la communauté ne sont signalés que dans 3 régions sur 70.

En outre, l'anthrax a été mentionné comme sujet de surveillance au niveau communautaire en Guinée Bissau.

Graphique 36- Ensemble de services de surveillance communautaire mis en œuvre par les ASCs dans les pays de la région WCA



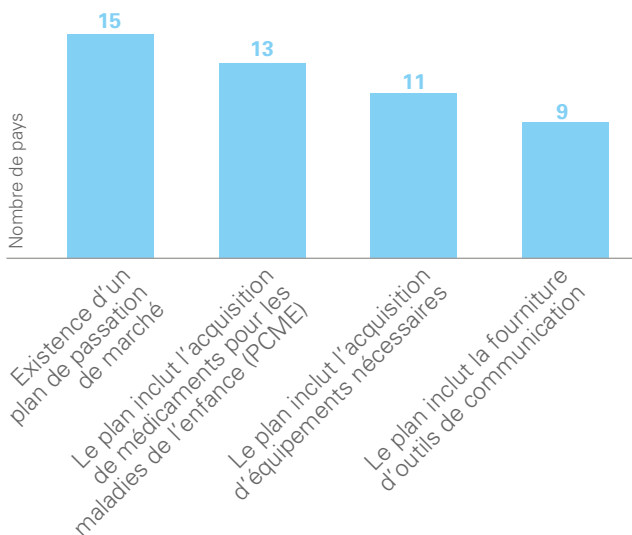


6. GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

6.1. Plans d'approvisionnement

Quinze pays sur vingt ont élaboré un plan de passation de marché national, selon des procédures opératoires nationales normalisées. Parmi ceux-ci, 13 plans incluent l'achat de médicaments nécessaires à la prise en charge des cas en milieu communautaire, 11 prévoient également l'achat d'équipements nécessaires à ce niveau et neuf incluent la fourniture d'outils de communication. Les neuf pays dont le plan prévoit ces trois types d'acquisition sont le Tchad, la RDC, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Niger, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo.

Graphique 37- Existence de plans d'acquisition pour les composantes des services de soin prévus au niveau communautaire dans les pays de la région WCA



6.2. Intégration dans le système d'approvisionnement national

Parmi les 15 pays dotés d'un plan d'approvisionnement, l'approvisionnement communautaire en médicaments et matériel est intégré dans le système d'approvisionnement national pour 13 d'entre eux (ce qui n'est pas le cas du Bénin et du Togo). En outre, le Cameroun, qui n'a pas mis au point un plan d'achat au niveau communautaire, stipule que l'approvisionnement en santé communautaire est de toute façon intégré au système national d'approvisionnement. Neuf pays, quant à eux, admettent que le système n'est pas efficace pour le moment.

Les systèmes de quantification, le plan de passation de marché, le contrôle des stocks, le système logistique de réapprovisionnement, la Gestion la Chaîne Logistique et Système d'Information (GCLSI) font rarement partie des documents de politique. Cependant, certaines politiques montrent que les systèmes d'approvisionnement nationaux ne sont pas encore prêts à soutenir l'approvisionnement au niveau communautaire, et détaillent alors un circuit parallèle impliquant des partenaires (ex : Niger, Nigéria, Sierra Leone).

Parmi les défis identifiés pour l'approvisionnement au niveau de la communauté, nous pouvons souligner les suivants qui ont été fréquemment mentionnés : ruptures de stock fréquentes, manque de données de consommation au niveau de la communauté, capacités de quantification ou de planification insuffisantes, problèmes concernant la dotation initiale aux ASCs / relais, achats qui dépendent des bailleurs, ressources limitées, suivi et supervision de faible qualité, distribution médiocre due en partie aux difficultés et aux coûts de transport.

Cependant, certaines solutions possibles pour surmonter ces dysfonctionnements ont été identifiées, notamment : systématiser la micro-planification des besoins en médicaments et autres produits de santé, au niveau des centres de santé, en tenant compte des besoins des ASCs; renforcer les capacités de gestion logistique au niveau des centres de santé et des communautés et la supervision; mettre en place une surveillance étroite de l'utilisation des médicaments au niveau communautaire et un mécanisme approprié de suivi des fournisseurs pour assurer un reporting adéquat; renforcer la position des comités de coordination / comités de santé pour faire le lien entre la communauté, les centres et les postes de santé.

Aussi, face à l'inefficacité des systèmes en place, certains proposent d'harmoniser le système en suivant une voie d'approvisionnement unique, tandis que d'autres tendraient à une distribution autonome de médicaments dédiée à la santé communautaire.

6.3. Médicaments appropriés à la prise en charge des cas au niveau communautaire

Les médicaments appropriés sont généralement fournis aux ASCs conformément aux recommandations de l'OMS/UNICEF, à quelques exceptions près. Par exemple, le Congo indique que l'utilisation d'antibiotiques serait réduite au cotrimoxazole, le Sénégal ne spécifie pas exactement l'antibiotique à utiliser, et certains pays recommandent des remèdes traditionnels en plus des antibiotiques pour le traitement des Infections respiratoires aiguës (IRA) / pneumonies (tisane au miel et au citron en Côte d'Ivoire et sirop de Balembo au Mali). En outre, il semble que les médicaments adaptés aux enfants soient les formulations recommandées dans la plupart des pays; toutefois, seuls 4 pays (Tchad, RDC, Niger et Nigéria) précisent dans leurs documents de politique que la forme d'amoxicilline recommandée est celle sous forme de comprimé dispersible.

L'intégration de ces médicaments dans la liste nationale des médicaments essentiels n'est jamais spécifiée, mais le Nigéria indique des changements de politique en la matière, de sorte que les médicaments de prise en charge des maladies de l'enfance (PCIME-C) qui ne sont pas encore répertoriés comme étant en vente libre (comme l'amoxicilline en comprimé dispersible) le soient à l'avenir.



7.

ORIENTATION ET CONTRE-RÉFÉRENCE

7.1. Définition des mécanismes d'orientation et de contre-référence dans les documents de politique

En ce qui concerne les directives appropriées à l'évaluation clinique, au diagnostic, à la prise en charge et à l'orientation, il n'est pratiquement jamais mentionné dans les documents de politique l'existence et l'utilisation d'aide à la pratique et autres supports.

Le système d'orientation et de contre-référence est toutefois brièvement décrit dans les documents de politique de quatre pays (RCA, Mali, Mauritanie et Nigéria), et, est très détaillé au Ghana dans des guides de mise en œuvre.

7.2. Existence de mécanismes clairement définis

Sur les 20 pays, 18 pays déclarent que les ASCs peuvent se référer à des outils appropriés pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation. Ces outils sont principalement des modules de formation, des manuels, des outils de travail, comprenant éventuellement des arbres de décision, des graphiques, des encadrés, et autres pense-bêtes visuels. Le Nigéria n'en dispose pas, et le Tchad indique que de tels outils sont en train d'être développés.

La procédure d'orientation en santé communautaire comprend un processus écrit dans 19 pays, un processus verbal dans sept pays et un accompagnement du patient dans 15. Dans six pays - Tchad, Côte d'Ivoire, Libéria, Mauritanie, Niger et Togo - la procédure comprend ces trois processus. Cependant, dans tous les pays, les cas référencés sont toujours indiqués dans les rapports des ASCs.

7.3. Contre-référence

Seize pays ont mis en place un mécanisme de contre-référence, mis à part le Tchad, la Mauritanie, le Nigéria et le Sénégal. Le processus, lorsqu'il est en place, consiste principalement en des formulaires de contre-référence. De plus, parfois, des informations sur la justification et la nécessité des cas référencés sont fournies lors de réunions de supervision mensuelles, comme au Bénin et au Mali. Par ailleurs, le Ghana et la Guinée Bissau soulignent que, dans les faits, le mécanisme de contre-référence n'est pas toujours efficace.



8. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

8.1. Communication

Selon les documents de politique, deux pays semblent disposer d'un plan de communication (RCA, Nigéria). Deux pays (Libéria, Niger) ne mentionnent pas de plan mais répertorient des pratiques de communication à utiliser au niveau communautaire, et deux autres pays n'ont pas non plus de plan de communication détaillé figurant dans la politique mais s'attardent sur des aspects spécifiques : la Communication pour le Développement (C4D) est une composante stratégique spécifique de la politique au Congo, l'engagement de la communauté est très détaillé dans les guides de mise en œuvre au Ghana.

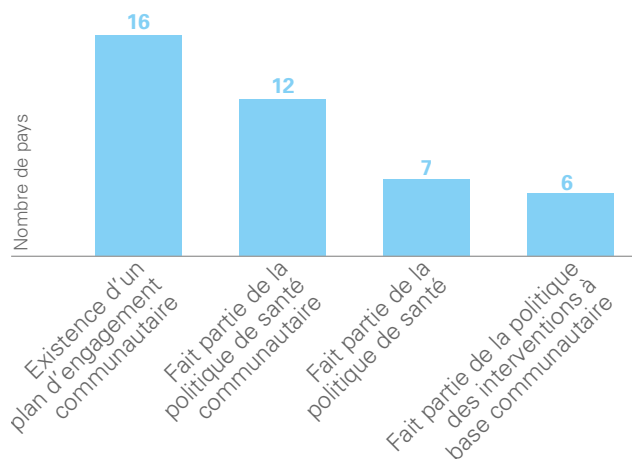
En outre, sept pays mentionnent dans les documents de politique l'utilisation de supports de communication pour les ASCs (outils pratiques, encadrés sous format graphique, dépliants, etc.) ou les ont partagés avec l'équipe de recherche au cours de la première étape de la présente étude.

8.2. Engagement de la communauté

Une stratégie nationale d'engagement communautaire existe dans 16 pays. Elle fait partie de la politique de santé communautaire de 12 pays, de la politique de santé de sept pays (six d'entre eux l'ont également intégrée dans la politique de santé communautaire, la Gambie n'ayant qu'une politique de santé comprenant des orientations pour la santé communautaire), et est incluse dans la politique d'interventions à base communautaire dans six pays. Le Ghana, la Guinée et le Niger ont inclus cette stratégie dans tous ces documents. Au contraire, le Cameroun, la Guinée Bissau, le Nigéria et le Togo n'ont aucune stratégie d'engagement communautaire. Il arrive également que la stratégie d'engagement

communautaire soit intégrée dans d'autres documents, tels que le «Plan de communication intégré pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant» au Bénin, ou la «Stratégie de mobilisation de la communauté pour le projet sur la nutrition maternelle et infantile et la santé⁹» en Gambie.

Graphique 38- Existence et place du plan communautaire dans les documents de politique dans les pays de la région WCA



8.3. Cadre de reddition des comptes

Un cadre et des structures de responsabilisation à tous les niveaux existent dans 12 pays, mais le Cameroun attire l'attention sur le fait qu'il est non fonctionnel.

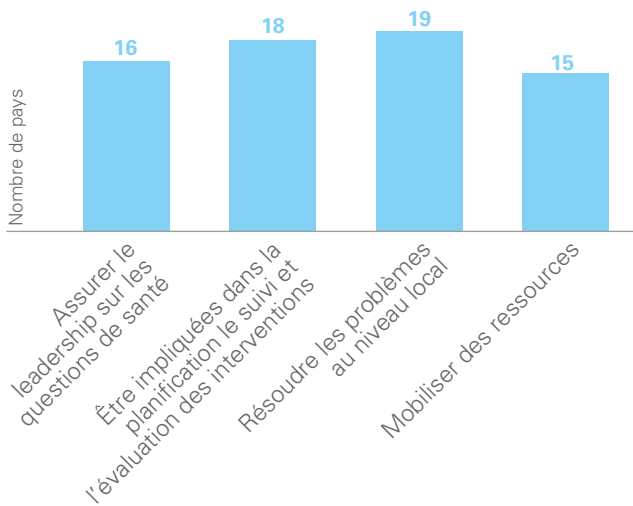
8.4. Capacités de la communauté

Sur la base des réponses des pays, les communautés peuvent prendre le leadership en matière de santé dans 16 pays, en partie en Mauritanie, et pas du tout au Cameroun, en Guinée Bissau et au Nigéria. Les communautés sont en mesure de participer à la planification, au suivi et à l'évaluation des interventions dans 18 pays (tous sauf la Guinée Bissau et le Nigéria). Les communautés ont les compétences pour résoudre les problèmes au niveau local dans tous les pays, à l'exception de la Guinée Bissau. Enfin, les communautés sont capables de

⁹ Traduit du titre initial "Maternal and Child Nutrition and Health Result Project Community Mobilization Strategy"

mobiliser des ressources dans 15 pays (sauf au Congo, en Guinée Bissau, au Nigéria, en Sierra Leone et au Togo). En résumé, les communautés ont un degré intéressant d'implication sur les questions de santé dans 14 pays. En Guinée Bissau par contre, il est indiqué que «bien que leur leadership soit promu par les partenaires et le Ministère, elles [les communautés] sont complètement inactives».

Graphique 39- Nombre de pays de la région WCA où les communautés présentent les quatre capacités spécifiées



8.5. Dynamiques multisectorielle aux niveaux communautaires

En ce qui concerne l'acceptation d'autres parties prenantes au niveau communautaire, la politique de santé communautaire et/ou le plan de communication mentionnent des volontaires autres que des ASCs dans neuf pays, des structures à base communautaire dans 13 pays et des Organisations de la société civile (OSCs) dans 16 pays. Dans l'ensemble, six pays (RCA, Tchad, Gambie, Guinée, Mali et Sénégal) font référence à toutes ces entités dans les documents de politique ou de communication.

Encadré 4 : Modèles innovants de supervision

Modèles innovants de supervision

La supervision est un aspect important qui influe sur la motivation et le développement des compétences des ASCs. Dans la plupart des pays, la supervision est assurée par l'infirmier, le responsable de l'établissement ou le chef du secteur de la santé. Afin de combler les lacunes en matière de supervision certains exemples peuvent être cités :

- Les volontaires recrutés par les agences nationales de service volontaire et déployés dans la communauté, comme au Niger, au Togo et en RDC, peuvent être une option intéressante pour remédier au manque de temps que les responsables au niveau de l'établissement peuvent consacrer à la supervision des ASCs.
- L'exemple du modèle de supervision du Burkina Faso semble complet, dans la mesure où la supervision des ASCs est effectuée par des agents de santé itinérants, réglant les problèmes de temps et de distance nécessaires pour atteindre tous les ASCs. En outre, cette supervision est complétée par des organisations à base communautaire qui sous-traitent des services de santé communautaire avec le ministère de la Santé.
- En Côte d'Ivoire la nouvelle organisation et le statut des ASCs, qui seront mis en œuvre prochainement, impliquant de former des ASCs performants en tant que superviseurs pour d'autres ASC classiques, semble être une grande opportunité, d'une part, pour renforcer la supervision au niveau local, et d'autre part, pour responsabiliser et reconnaître les ASCs au mérite.



9. SUPERVISION ET ASSURANCE QUALITÉ DES RÉSULTATS

9.1. Examen des politiques

Seuls 40% des pays (8 sur 20) semblent avoir un plan de supervision complet mentionné dans les documents de politique générale, 10% (2 sur 20) en ont un, mais incomplet, et environ 40% n'en ont pas, tandis que deux autres envisagent d'en développer un.

Dans les documents de politique des pays qui définissent des fonctions de supervision, la fréquence de supervision varie d'une fois par mois (35%) à deux fois par mois (25%). Deux cas spécifiques peuvent être soulignés, celui de la Guinée Bissau et du Mali, où la supervision est exercée sur site au cours des six premiers mois d'activité des ASCs, puis assimilée à la supervision du programme.

Les superviseurs sont généralement les chefs de secteur de la santé ou des agents de santé qualifiés de l'établissement de santé dont dépendent les ASCs. Un cas particulier peut également être mis en évidence en Sierra Leone : des superviseurs pairs (non tenus d'agir en tant qu'ASCs depuis la dernière politique) complètent la supervision assurée par l'Unité de Santé Périphérique en charge. En Côte d'Ivoire, le superviseur d'ASC est un ASC capable de prendre en charge l'ensemble de services proposés, et il est également responsable de la supervision d'une douzaine d'ASC classiques dans leurs activités menées dans le domaine de la santé.

Il est important de noter que, même si les documents de politique ne le mentionnent pas, les 20 pays affirment dans l'enquête qualitative qu'ils ont développé un plan de supervision.

9.2. Supervision et assurance qualité des résultats dans les pays

Ratio superviseurs/supervisés

Le ratio superviseur/supervisés varie énormément d'un pays à l'autre. Alors que le ratio est indéterminé au Burkina Faso, au Tchad, au Nigéria et au Sénégal, certains pays ont établi un ratio précis de superviseurs/supervisés. Il est de 1 pour 45 en Guinée Bissau, 1/12 au Bénin, 1/8 au Cameroun, 1/5 au Congo, en Mauritanie et au Niger, 1/10 en Côte d'Ivoire, en Guinée, en Libéria, en Sierra Leone. Au Togo, en plus d'un responsable de centre de santé supervisant 5 ASCs, un superviseur volontaire est également recruté par le programme national de volontaires pour superviser 20 ASCs. D'autres pays ont des ratios plus variables, comme au Mali avec une équipe de superviseurs locaux pour 10 à 20 ASCs, au Ghana avec 1 CHN/CHO pour 2 à 10 CHVs/CHWs, ou enfin, en Gambie avec un CHN/superviseur de santé villageois pour 5 à 9 villages (chaque village ayant au moins une Accompagnante à la naissance communautaire et un Agent de santé villageois).

Profil des superviseurs

Presque tous les pays (18/20) ont des ASC supervisés par le personnel d'un établissement de santé. Le plus souvent, les responsables de la supervision sont les infirmières et les sages-femmes de la structure sanitaire ou de la structure responsable ou le responsable de la zone sanitaire. En plus des superviseurs des établissements de santé, nous trouvons également des cas particuliers tels que les agents de santé itinérants au Burkina Faso et les superviseurs des services de santé communautaires au Libéria (qui partagent leur temps entre les établissements de santé (40%) et les communautés (60% supervisant les CHAs). En RDC, le président du comité de la zone sanitaire participe également à la supervision. Au Niger (volontaires de l'Agence nigérienne de volontariat

RÉSULTATS

Supervision et assurance qualité des résultats

pour le développement), au Togo (volontaires recrutés par l'agence nationale de volontaire) ou en RDC (organisateur communautaire de la zone de santé), les superviseurs sont basés au niveau de la communauté.

Enfin, la supervision aux niveaux du district, de la région et du centre a également lieu dans de nombreux pays sur une base trimestrielle ou biannuelle.

Les pays où les établissements de santé n'assurent pas de supervision sont le Ghana, où les ASCs volontaires (CHVs) sont supervisés par des ASCs (CHOs) eux-mêmes supervisés par le Chef de sous-district, et le Mali, où les superviseurs sont le Directeur Technique du Centre de santé communautaire (CSCOM) ou des Associations de santé communautaires (ASACO). La Côte d'Ivoire envisage de recruter des superviseurs d'ASCs, eux-mêmes ASCs spécifiques fournissant des services au niveau communautaire et chargés de superviser environ 10 ASCs classiques.

Tableau 3- Identité des superviseurs d'ASCs dans les pays de la région WCA

PAYS	Superviseurs des centres de santé	Autres superviseurs
BÉNIN	Infirmier/ère, Sage-femme, Aide-soignant, Agent du service d'hygiène	Communauté
BURKINA FASO	Agent de santé itinérant, Tout le personnel de l'établissement de santé (si nécessaire) - infirmier, sage-femme, etc.	
CAMEROUN	Responsable de la zone de santé	

RCA	Infirmier/ère en chef	
TCHAD	Gestionnaire du centre de santé	Communauté
CONGO	Infirmière, Assistant de santé, Médecin	Communauté
CÔTE D'IVOIRE	Infirmier/ère, Sage-femme	
RDC	Infirmier/ère en chef, Infirmier/ère superviseur du secteur de santé, Responsable de secteur santé	Président du comité de santé, Organisateur communautaire de l'aire de santé
GAMBIE	Infirmier/ère en santé communautaire	
GHANA		Les CHOs supervisent les CHVs, Le chef de sous-district supervise les CHOs
GUINÉE	Responsable ou adjoint	
GUINÉE BISSAU	Responsable de la zone de santé, Superviseur des opérations de terrain	
LIBÉRIA	Superviseur des services de santé communautaire	
MALI	Infirmier/ère chef	Directeur technique du Centre de santé communautaire (CSCOM) ou des Associations de santé communautaire (ASACO)

RÉSULTATS

Supervision et assurance qualité des résultats

MAURITANIE	Gestionnaire de centre de santé, Responsable de case de santé	
NIGER		Volontaire de l'Agence nigérienne de volontariat pour le développement
NIGERIA	Etablissement responsable	
SÉNÉGAL	Chef infirmier/ère, Sage-femme	Comité de santé, Communauté
SIERRA LEONE	Personnel du PHU, Chef superviseur	Communauté
TOGO	Infirmier/ère, Sage-femme auxiliaire, Technicien de santé sénior, Médecin	

Fréquence de supervision

Dans presque tous les pays (18/20), les ASC doivent soumettre un rapport mensuel. En Côte d'Ivoire, un rapport supplémentaire est également produit tous les trimestres. Les exceptions à la fréquence mensuelle concernent la Mauritanie, où la périodicité des rapports est de 45 jours, et le Nigéria, où, au contraire, les ASCs doivent rendre compte de leurs activités toutes les semaines.

Outils de supervision et ressources

Dans tous les pays, il est indiqué que les outils de supervision spécifiques à la santé communautaire sont utilisés. En outre, 17 pays sur 20 ont assuré que des ressources étaient disponibles pour assurer la supervision et transmettre des compétences de supervision aux ASCs. Néanmoins, presque tous précisent que les ressources sont insuffisantes. Le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger et le Togo soulignent également que ces ressources dépendent fortement de partenaires, ce qui remet en question la durabilité de ces activités de supervision. Le Cameroun, le Congo et le Nigéria ne pensent pas que des ressources suffisantes soient disponibles pour la supervision.

RÉSULTATS

Suivi et évaluation et Système d'information de la Santé Communautaire



10.

SUIVI ET ÉVALUATION ET SYSTÈME D'INFORMATION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

10.1. Examen des politiques

En ce qui concerne le système de suivi et d'évaluation, 35% des politiques nationales prévoient l'élaboration d'un plan et environ 35% semblent en avoir un, mais aucun n'est exhaustif car soit le mécanisme, les données de référence ou encore les résultats escomptés sont indisponibles, soit la liste des indicateurs est incomplète.

10.2. Cadre de suivi

Les trois quarts des pays (15/20) rapportent qu'ils disposent d'un cadre et d'un système de suivi complets et en place. L'élaboration d'un tel cadre est toujours en cours au Cameroun, mais le Tchad, le Congo, la Côte d'Ivoire et la Mauritanie n'en ont pas encore.

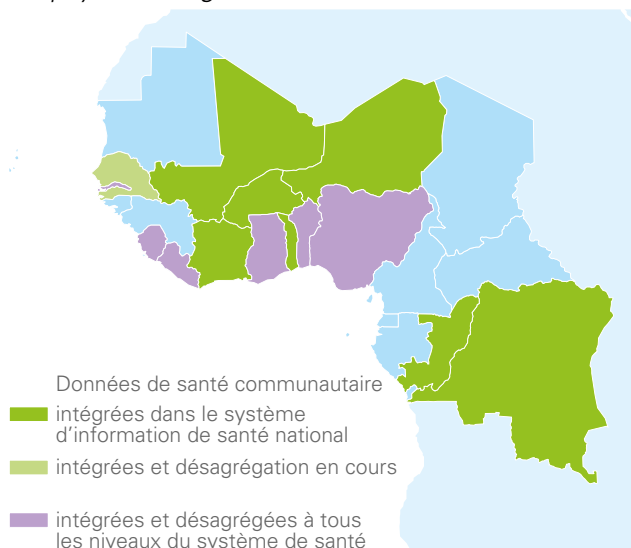
La robustesse du système de suivi est évaluée ici par la présence de plusieurs composantes : indicateurs bien définis, indicateurs de base, résultats escomptés avec objectifs quantifiés et échéances précises, mécanisme clair et détaillé (outils, fréquence et niveau de collecte des données) et moyens d'utilisation des informations. Les 15 pays qui ont développé un cadre de suivi déclarent que le système comprend des indicateurs bien définis, mais seuls 10 d'entre eux incluent des indicateurs de base. Le système inclut des résultats escomptés dans neuf pays seulement. Le système de 14 pays comprend un mécanisme clair et détaillé. Douze d'entre eux indiquent également que les moyens permettant d'orienter l'utilisation des données sont pris en compte dans le cadre de suivi. En fin de compte, seuls huit pays (RCA, RDC, Guinée,

Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo) disposent d'un système de surveillance complet qui satisfasse à tous les éléments essentiels décrits ci-dessus.

10.3. Intégration des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national

Les données de santé communautaire de 14 pays sont intégrées dans le système d'information de santé national, mais ces données ne sont désagrégées à tous les niveaux du système que dans 6 pays (Bénin, Gambie, Ghana, Libéria, Nigéria et Sierra Leone), le processus de ventilation étant en cours au Sénégal.

Graphique 40- Intégration des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national et désagrégation des données dans les pays de la région WCA



Numérisation

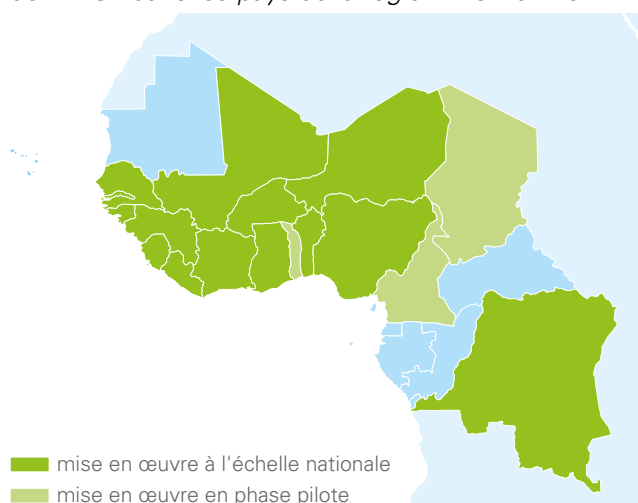
La transmission des données de santé communautaire reste basée sur du support en papier dans tous les pays, tout du moins au niveau communautaire. La transmission est numérisée à

RÉSULTATS

Suivi et évaluation et Système d'information de la Santé Communautaire

certaines niveaux supérieurs dans 8 pays (Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Libéria, Nigéria, Sénégal et Sierra Leone). Une fois les données numérisées, un système d'information de santé communautaire est disponible, le DHIS2. Ce logiciel est utilisé par 17 pays de la région, pour trois il est en phase pilote et pour les 14 autres, il est utilisé à l'échelle nationale¹⁰. Toutefois, seuls 2 pays (Bénin et Cameroun) en font mention dans leurs documents de politique.

Graphique 41- Utilisation et étape de mise en œuvre de DHIS2 dans les pays de la région WCA en 2017



L'échelle de mise en œuvre de la transmission numérisée des données de santé communautaire varie de six districts au Burkina Faso à deux États au Nigeria (prévision d'extension à dix États d'ici fin 2018), jusqu'à une couverture nationale dans certains pays comme la Gambie, le Libéria, le Sénégal et la Sierra Leone. La technologie utilisée pour la transmission inclut les téléphones cellulaires dans plusieurs pays (Burkina Faso, Nigeria (en plus des tablettes) et Sénégal). Les données disponibles en temps réel sur internet en Gambie, au Ghana et au Libéria permettent un accès direct mais pas toujours pour tous les acteurs.

Consolidation des données

Les personnes en charge de la consolidation des données de santé communautaire diffèrent d'un pays à l'autre. Le plus souvent, il s'agit du responsable du centre de santé ou de l'aire de santé (par exemple, l'infirmier en chef du poste de santé au Bénin, en Côte d'Ivoire, en RDC, au Sénégal ou le responsable de l'aire de santé en Guinée Bissau). Parfois, des agents spécifiques sont en charge de la consolidation des données, tels que le responsable des informations sanitaires de district au Ghana, le responsable de la saisie des données auprès des responsables S&E du Comté au Libéria ou le Directeur Technique du CSCOM au Mali. Le Cameroun et le Sénégal signalent également que les partenaires des OSCs peuvent parfois être ceux qui consolident les données de la communauté étant donné que ce sont eux qui paient les ASCs (puisque la validation du rapport détermine le paiement), tout en précisant que l'infirmier/ère en chef doit en réalité être celui/ celle qui valide les données.

10.4. Plans de recherche

Seuls sept pays ont indiqué avoir élaboré un plan de recherche des opérations, à savoir la RCA, le Ghana, le Libéria, le Mali, le Niger et la Sierra Leone, et seuls le Congo et le Nigeria mentionnent un plan pour la recherche opérationnelle dans leur document de politique. Cependant, dans la plupart des cas, le plan ne semble pas encore concret : les objectifs spécifiques et les instituts de recherche impliqués sont rarement spécifiés.

10. Source : <https://dhis2.github.io/dhis2-in-action/>

DISCUSSION

Ces résultats, et à travers eux le contenu des politiques, marquent certaines tendances importantes pour la santé communautaire. Premièrement, cette enquête confirme les résultats antérieurs concernant le développement et l'expansion des politiques de santé communautaires [6]. Presque tous les pays possèdent désormais au moins un document officiel de santé communautaire (et le plus souvent plusieurs documents) comprenant une politique, un plan stratégique, un plan d'action ou des guides. En outre, une structure de coordination pour la santé communautaire au niveau central est devenue très commune, ainsi que des comités multisectoriels nationaux, bien que les réunions ne soient pas toujours opérationnelles. Deuxièmement, il convient de souligner la tendance à une implication croissante des communautés dans la gestion de la santé au niveau local, qui pourrait être soutenue par la mobilisation sociale et la participation de la communauté [9]. Troisièmement, nous pouvons noter une réelle tendance à l'harmonisation et à la simplification du cadre de référence des ASCs au niveau national, tout en tenant compte des approches contextuelles et de l'histoire de la nature du cadre de référence des ASCs dans chaque pays. Quatrièmement, l'ensemble des services proposés fournis par les agents de santé ne concerne plus simplement la PCIME-C mais plus largement la prise en charge de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme, et tend à inclure d'autres services - tels que la planification familiale, le VIH, la surveillance à base communautaire, etc. - et de nouvelles cibles tels que les nouveau-nés et les adolescents.

Cependant, certaines questions en suspens peuvent également être soulevées. Même si les pierres angulaires de la santé communautaire sont de mieux en mieux décrites (types et statuts des ASC, plans de supervision, cadres de suivi, etc.), sa mise en œuvre effective n'a pas toujours progressé dans les pays. Par exemple, comme c'était le cas dans l'enquête de 2013, plusieurs pays ne sont toujours pas en mesure de donner des chiffres de mise en œuvre tels

que le nombre d'ASCs ou le taux d'abandon, car le recrutement des cadres décrits n'a pas encore commencé [5,6]. De même, nous pouvons parfois comprendre que la rémunération des ASCs, fournie par les documents de politique, soit toujours inexistante, en partie à cause des partenaires couvrant toujours ces aspects et ne s'alignant pas forcément sur les montants définis au niveau national. En outre, le financement global reste un problème pour la durabilité des programmes [5]. Même si la plupart des pays ont chiffré le programme, seuls quelques-uns ont un plan de financement le sécurisant. En outre, seule une minorité de pays engagent des ressources nationales au travers d'une ligne budgétaire dédiée à la santé communautaire. S'ils le font, on ne note généralement aucune évolution budgétaire entre 2016 et 2017 et aucun plan d'amélioration et le montant de la ligne budgétaire ou sa proportion dans le budget national de la santé, ne peut pas être spécifié. Un autre sujet d'inquiétude concernant les aspects financiers réside dans les frais d'utilisation, qui interviennent dans quelques pays uniquement, pour ce qui est des consultations des ASCs. Pour davantage de cas, cela est plus problématique lorsqu'il s'agit des médicaments, des fournitures et matériels utilisés lors des services prestés par les ASCs. Cette question, qui concerne principalement les pays d'Afrique de l'Ouest, pourrait encore entraver l'accès à la santé pour tous, y compris la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (ODD) [6, 8].

En ce qui concerne l'ensemble de services proposé, à mesure qu'il se développe, il existe encore des possibilités de renforcement et d'extension, mais il sera essentiel, d'une part, de prendre en compte la charge de travail croissante des ASCs, ainsi que la dimension du genre, et d'autre part, de soutenir l'ajout d'activités provenant de recherches axées sur l'efficacité, l'impact et la non-nocivité - par exemple. Le débat sur l'implication des ASCs auprès de personnes vivant avec le VIH n'a pas été réglé, et une discussion plus approfondie est nécessaire

DISCUSSION

car les ASCs ne sont pas soumis au secret professionnel.

Le statut et la rémunération des ASCs restent des questions d'une grande importance à traiter. À l'exception de quelques pays, les ASCs sont encore appelés volontaires communautaires et ne jouissent pas d'un statut solide, et même lorsqu'ils ont été identifiés comme ayant un statut spécifique (par exemple, des contractuels), ils sont rarement protégés par un contrat de travail. En même temps, dans certains pays, soit pour maintenir les ASCs à un statut de volontaires par principe, soit par manque de ressources, les ASCs sont encore des travailleurs non rémunérés qui, bien que bénéficiant de certains avantages en nature, gagnent au mieux un incitatif mensuel, alors qu'ils ont souvent à consacrer la majeure partie de la journée, tout au long du mois, à leurs activités d'ASC. En outre, un débat houleux continue sur les avantages et les inconvénients du volontariat [6]. De plus, les dimensions de genre ne sont presque jamais prises en compte. Dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre, les agents de santé communautaires sont principalement des hommes : non seulement les politiques sont toujours peu sensibles au respect du genre, mais les questions concernant ces ratios déséquilibrés ne sont pas suffisamment soulevées.

Ce type d'enquête est assez important pour collecter des données et dresser un tableau des systèmes de santé communautaire, mais il reste essentiel de renforcer les systèmes d'information et d'y intégrer les données de santé communautaires afin d'institutionnaliser la collecte et l'utilisation des données et de pouvoir mesurer la qualité des services, ainsi que l'impact des stratégies sur une base continue. Les lacunes dans les informations disponibles qui ont été relevées ici, concernant des aspects importants tels que le nombre d'ASCs, le sex-ratio, et l'ampleur de la mise en œuvre des différentes composantes de l'ensemble de services des ASCs, laissent à penser, d'une part, que la disponibilité des données n'est pas optimale

et que le système d'information de la santé communautaire doit être renforcé et, d'autre part, que le leadership des gouvernements vis-à-vis des partenaires dans la mise en œuvre de certains services peut être questionné.

Cette enquête présente certaines limites. Premièrement, le questionnaire a été rempli par des spécialistes nationaux (la plupart du temps des fonctionnaires du ministère de la Santé et uniquement du personnel de l'UNICEF); ainsi, les réponses reflètent leur opinion, mais la mesure dans laquelle les réponses ont été étayées par des données spécifiques est assez méconnue, et dépend aussi fortement de la disponibilité de ces données au niveau national. Deuxièmement, faute de temps, la phase de pré-test du questionnaire n'a pas pu être effectuée. Par conséquent, certaines questions ont pu être mal comprises et n'ont pu être reformulées ou spécifiées - telles que celles liées aux questions de genre, le cadre de reddition des comptes, la relation entre le ministère de la Santé et la gouvernance locale, ou les centres de santé communautaire et les installations communautaires. En outre, certaines réponses peuvent soulever des préoccupations quant à l'exhaustivité ou à la qualité des données. Cependant, une vérification en examinant les réponses et en demandant des éclaircissements aux répondants de l'UNICEF a été effectuée dans la mesure du possible.

CONCLUSION

De grands progrès ont été accomplis depuis l'émergence de la PCIME-C, ainsi que depuis l'enquête de 2013, concernant de nombreux aspects de l'institutionnalisation de la santé communautaire, tels que l'élaboration de documents de politique, la création d'un cadre de coordination et la mise en œuvre d'approches multisectorielles. De plus, le concept de systèmes communautaires soutenu par un engagement fort des communautés afin de les responsabiliser sur leur propre santé se répand clairement dans les politiques. Cependant, certaines lacunes essentielles doivent être corrigées de toute urgence afin de garantir la durabilité des programmes. Parmi les plus importants, nous pouvons citer le statut, la charge de travail et la motivation des Agents de Santé Communautaire (ASCs), la sensibilité des politiques aux sexospécificités, le financement et le renforcement des systèmes d'information de la santé communautaire.

Les résultats de cette enquête seront complétés et renforcés par d'autres évaluations, notamment l'évaluation CHIS et l'analyse anthropologique par genre de la santé communautaire, afin de brosser un tableau complet de la santé communautaire aujourd'hui et d'établir des priorités globales et solides en matière d'institutionnalisation de la santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre.

RÉFÉRENCES

1. *The State of the World's Children 2016 : A fair chance for every child*. New York : UNICEF, 2016.
2. Young M, Wolfheim C, Marsh DR, Hammamy D. *World Health Organization/United Nations Children's Fund joint statement on integrated community case management : an equity-focused strategy to improve access to essential treatment services for children*. *Am J Trop Med Hyg*. 2012; 87:6-10.
3. Seters D. *Background paper for Regional workshop on integrated community-based maternal, newborn et child health et nutrition interventions*. Dakar : Harmonization for Health in Africa, 2011.
4. Pfaffmann Zambruni J, Rasanathan K, Hipgrave D, Miller NP, Momanyi M, Pearson L, Rio D, Romedenne M, Singh S, Young M, Peterson S. *Community health systems : allowing community health workers to emerge from the shadows*. *Lancet Glob Health*. 2017 Sept; 5(9) : e866-e867.
5. Rasanathan K, Bakshi S, Rodriguez DC, Oliphant NP, Bretes N, Jacobs T, et al. *Where to from here? Policy et financement of integrated community case management of childhood illness (PCIME-C) in sub-Saharan Africa*. *J Glob Health*. 2014; 4:020304.
6. Rasanathan K, Muñiz M, Bakshi S, et al. *Community case management of childhood illness in sub-Saharan Africa : findings from a cross-sectional survey on policy et implementation*. *Journal of Global Health*. 2014; 4 : 020401.
7. Bennett S, George A, Rodriguez DC, Shearer J, Diallo B, Konate M, et al. *Policy challenges facing integrated community case management in Sub-Saharan Africa*. *Trop Med Int Health*. 2014; 19:872-82.
8. Meessen B, Gilson L, Tibouti A. *User fee removal in low-income countries : sharing kNonwledge to support managed implementation*. *Health Policy Plan*. 2011;26 Suppl 2:ii1-4.
9. Sharkey AB, Berzal R, Wetzler E, Cerveau T, Martin S. *Demet generation et social mobilisation for PCIME-C et child health : Lessons learned from successful programmes in Niger et Mozambique*. *J Glob Health*. 2014; 4:020410.



ANNEXES











BÉNIN

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Bénin

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectoriel			
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	66 940 780 sur 5 ans	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui	
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	40/60	Politique de santé communautaire sensible au genre				
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Partiellement dans tous les districts	Adolescents	Planning familial	VIH	Partiellement dans tous les districts	Surveillance communautaire Partiellement dans tous les districts
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Non	Système en place considéré comme effectif				
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Oui	Capacité à mobiliser les ressources
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	1/12	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Oui	Oui
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Oui	Numérisation des données de santé communautaire				

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









 Niveau Premier	Niveau	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prequis	Durée de la formation initiale
	Agent de Santé Communautaire Qualifié	Volontaire communautaire	CDD et Résultats	Salaire/ incitation pécuniaire	Secondaire	3 années
 Second	Relai communautaire		Résultat	FBR/ incitation pécuniaire/ per diem	Primaire	11 jours

BURKINA FASO


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Burkina Faso

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel				
		Non	Oui	Oui	Oui				
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC			
		17 708 322 pour 3 années	Oui	Oui	Oui	Uniquement certains services			
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre					
		Non	32/68	Oui					
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Planning familial	VIH	Tuberculose	Surveillance communautaire	Totallement dans tous les districts
		Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	-	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme effectif					
		Oui	Oui	Non					
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Cadre de réédition des comptes	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources		
		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage			
		Oui	Oui	Pas de formation	Oui	Mensuel			
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire					
		Oui	Oui	Oui					

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prequis	Durée de la formation initiale
	Premier	Agent de santé à base communautaire	Volontaire de l'Etat	-	Incitation pécuniaire / per diem	Primaire	15 jours
	Second	-	-	-	-	-	-

CAMEROUN

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Cameroun

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectoriel			
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	174 733 pour 3 années	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Uniquement certains services	
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	N/A	Politique de santé communautaire sensible au genre				Surveillance communautaire
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Totalement dans 80/189 districts	Maladies de l'enfance/ PCIMIEC	N/A	Adolescents	Planning familial	V/H	Tuberculose	Partiellement dans 80/189 districts
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Non	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif	Totalement dans 80/189 districts	Partiellement dans 80/189 districts	Partiellement dans 80/189 districts	Partiellement dans 80/189 districts
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Non	Cadre de réédition des comptes	Oui *	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources	Oui
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	1/8	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage		Mensuel
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	En cours	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Non	Numérisation des données de santé communautaire				

* Concernant le système n'est pas considéré comme étant fonctionnel

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
Premier	Agent de Santé Communautaire (ASC)	Agent Contractuel en ONG / Volontaire en ONG	CDD	FBR/ Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	10 jours
Second	Travailleur psycho-social	Agent contractuel de l'Etat	CDD	Saltaire	Lecture et calcul	-

RÉPUBLIQUE CENTRE AFRICAINE

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

République Centrafricaine

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel	
 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Non	Oui	Oui	Oui	
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Plan de financement	Ligne budgétaire pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre		
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Hommes > Femmes	Adolescents	Planning familial	Tuberculose
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Partiellement dans 9/35 districts	Partiellement dans 11/35 districts	N/A	N/A
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Non	Non	Non	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Ratio superviseurs/supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	8/15	11 jours	Oui	Mensuel
	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire		
	Oui	Non	Non	Non	Capacité à mobiliser les ressources

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









 Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
Premier	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux		-	Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	6 jours
Second	Relai communautaire	Agent contractuel de l'Etat/ Volontaire en ONG	CDD	Salaire/ per diem	Primaire	6 jours

TCHAD

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Tchad

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel				
 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Oui	Oui	Oui	Oui				
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$) 1 488 798 678 pour 4 années	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui	Oui	Oui
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre	Oui				
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	N/A	N/A	N/A	N/A	Surveillance communautaire N/A
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme effectif	Oui	Non			
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Cadre de réédition des comptes	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Non	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Oui	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Oui
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire	Oui	Oui		Mensuel	

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
Premier	Volontaire de l'Etat	Volontaire de l'Etat	Incitation pécuniaire	Lecture	Lecture et calcul	3 années
Second	Relai communautaire	Volontaire de l'Etat / Volontaire en ONG	-	Per diem	Lecture et calcul	Variable

CONGO


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Congo









CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectoriel		
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Oui	Plan de financement	Oui	Ligne budgétaire pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre			Oui
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PC/IME-C	~ 50/50	Adolescents	Planning familial	VIH	Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Non	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Non	Système en place considéré comme effectif			Partiellement dans 22/53 districts
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Non	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Partiellement dans 18/53 districts
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	Non	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Oui
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1/5	Numérisation des données de santé communautaire		Mensuel	Non


PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation préquis	Durée de la formation initiale
Premier	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux	Agent Contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Agent Contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Résultats	FBR	Secondaire	5 jours
Second	Relai communautaire avec des services médicaux standards	Agent contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Agent contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Performance	PBF	Secondaire	7 jours

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Non	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel	Non				
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Non	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Non	Consultation gratuite de ASC	Oui	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Uniquement certains services		
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre	Oui						
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	20/80	Adolescents	Oui	Planning familial		VIH	Partiellement dans tous les districts	Tuberculose	Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts			Partiellement dans tous les districts		Partiellement dans tous les districts
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Non	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions					Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	6 jours	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Oui	Fréquence de rapportage			Oui
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Non	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Oui	Numérisation des données de santé communautaire	6 jours	Mensuel et trimestriel					

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation
	Premier	Superviseur d'agent de santé communautaire	Volontaire de l'Etat	-	FBR/ incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	6 jours
	Second	ASC classique (y compris éducateur pour les pairs)	Volontaire de l'Etat	-	PBF/ incitation pécuniaire / per diem	Secondaire	6 jours

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

République Démocratique du Congo

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Non	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel				
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	En cours	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Oui	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC			
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique		Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre	Oui					
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	30/70	Adolescents	Oui	Planning familial	VIH	N/A	N/A	Surveillance communautaire N/A
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition		Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	N/A	Système en place considéré comme effectif						
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local			Capacité à mobiliser les ressources
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RESULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage			
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1/zone	Numérisation des données de santé communautaire	Oui					Mensuel

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
	Premier	Relai communautaire du Comité de Santé (COSA)	Volontaire de l'Etat	-	FBR/ per diem	Lecture et calcul	7 jours
	Second	Relai communautaire avec un programme de promotion	Volontaire de l'Etat		Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	7 jours

GAMBIE

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Gambie

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE		Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel	
	En cours		Non	Oui	Oui	
COÛTS ET FINANCEMENT		Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
	N/A		Non	Oui	Non	Non
RESSOURCES HUMAINES		Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre		
	Oui		55/45 (principalement accompagnantes à la naissance)	Non		
ENSEMBLE DE SERVICES		Soins prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIMIE-C	Adolescents	Planning familial	VIH Tuberculose
	Oui	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC pour toutes les activités – vaccination HPV dans 1 région	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC
GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT		Plan d'acquisition	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme efficace		Surveillance communautaire
	Oui		Oui	Non		
ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ		Stratégie pour l'engagement de la communauté	Cadre de réédition des comptes	Capacité à prendre des initiatives sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&L des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui
SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS		Plan de supervision	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage
	Oui		1/5 pour 9 villages	24 mois	Oui	Mensuel
SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION		Cadre et système de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numerisation des données de santé communautaire		
	Oui		Oui	Oui		

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE










Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
Premier	Community Health Nurse (CHN)	Fonctionnaire/Volontaire de l'Etat	CDI	Salaires/ Incitation pécuniaire / per diem	Secondaire	2 années
Second	Village Health Worker (VHW) and Community Birth Companion (CBC)	Volontaire de l'Etat/ Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire / per diem	Aucun prérequis	28 jours

GHANA


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Ghana

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel	Oui	
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	N/A	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Non	Consultation gratuite de ASC	Oui	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre	Non		Oui	
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	20/80	Adolescents	Non	Planning familial	Oui	VIH
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme efficace	Oui		Oui	
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Oui	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Oui	Fréquence de rapportage
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	1/2 à 10	Numérisation des données de santé communautaire	Oui		Oui	Mensuel
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Oui		Oui		Oui	

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
	Premier	Community Health Officer (CHO)	Fonctionnaire	CDI	Salaires	Secondaire	CHO : 2 années et 2 semaines CHEW : 24 semaines
	Second	Community Health Volunteer (CHV)	Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire	Lecture et calcul / Primaire / Secondaire	1 à 3 jours

GUINÉE


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Guinée

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel	Non
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$) pour 5 années	Oui	Plan de financement	Oui	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Non	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Oui	Politique de santé communautaire sensible au genre	Non	Politique de santé communautaire	Non
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	26/74	Adolescents	Oui	Planning familial	VIH
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif	Oui	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rattachage
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1/10	Numérisation des données de santé communautaire	Oui	Incitation pécuniaire	Mensuel









PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
	Premier	Agent de Santé Communautaire (ASC)	Fonctionnaire	-	Salaires	Secondaire	2 années
	Second	Relai communautaire	Agent contractuel de l'Etat	-	Incitation pécuniaire	Lecture et calcul	11 jours

GUINÉE-BISSAU

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Guinée Bissau









CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE						
	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel		
 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Oui	Oui	Oui	Non		
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$) 47 862 pour 5 années	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre			
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né Totallement dans tous les aires sanitaires	Maladies de l'enfance/ PCIME-C Totallement dans tous les aires sanitaires	Adolescents	Planning familial Totallement dans tous les aires sanitaires	VIH Totallement dans toutes les aires sanitaires	Surveillance communautaire Totallement dans toutes les aires sanitaires
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme effectif			
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Cadre de rédaction des comptes	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Non
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Non
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire			Mensuel
PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE						
Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prequis	Durée de la formation initiale
Premier	Agent de Santé Communautaire (ASC)	-	-	Incitation pécuniaire	Primaire	21 jours
Second	-	-	-	-	-	-

LIBÉRIA

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Libéria

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectoriel	Non	
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	104 000 000 pour 6 années	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Non	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre		Oui	
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	17/83 (très variable au selon les régions)	Oui		Planning familial		
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIMIE-C	Oui	Adolescents			Surveillance communautaire
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Partiellement dans 11/90 districts. Totallement dans 79/90 districts	Oui	Partiellement dans 11/90 districts. Totallement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totallement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totallement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totallement dans 79/90 districts
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Oui	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Plan de supervision	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Oui	Fréquence de rapportage
		Cadre et système de surveillance complets	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	1/10	25 jours		Oui	Mensuel
		Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Oui	Numérisation des données de santé communautaire	Oui				

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau Premier	Community Health Assistant (CHA)	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prequis	Durée de la formation initiale
		Volontaire de l'Etat	Volontaire de l'Etat	CDD et Résultats	Salaire/ incitation pécuniaire	Lecture	48 jours
	Second	Community Health Volunteer (CHV)	State volunteer	-	FBR/ incitation pécuniaire	Aucun prérequis	-

MALI

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Mali


CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Non	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel			
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$) pour 5 années	29 419 900	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Oui *	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Uniquement certains services	
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Non	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre	Oui				
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	1.5	Maladies de l'enfance/ PCIME-C		Adolescents		Planning familial	VIH	Tuberculose	Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Totalement dans 47/65 districts	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national		Système en place consistant comme effectif	Totalement dans 47/65 districts	Totalement dans 47/65 districts	Totalement dans 47/65 districts	-	N/A
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Non	Capacité à prendre des initiatives sur les questions de santé	Oui **	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à rassembler les ressources	
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	Non	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Oui	Oui
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1 équipe de superviseurs de 10 à 20 ASCs	Numérisation des données de santé communautaire	Oui		Mensuel		

* Concerne certains services uniquement – enregistrement des naissances et service aux plus démunis

** A noter que le système est considéré comme effectif uniquement sur des critères relatifs au secteur commercial.

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation préquis	Durée de la formation initiale
	Premier	Agent de Santé Communautaire (ASC)			CDI	Salaires/ Incitation pécuniaire	21 jours
	Second						

MAURITANIE



La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Mauritanie

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Non	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel	Oui
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Non	Plan de financement	Oui	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Oui	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre	Oui	Uniquement certains services	Uniquement certains services
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Femmes > Hommes	Non	Adolescents	Oui	Planning familial	VIH
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif	Oui	Totallement dans tous les départements (moughataas)	Totallement dans tous les départements (moughataas)
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1/5	Numérisation des données de santé communautaire	Oui	Tous les 45 jours	Tous les 45 jours
		Non		Non		Non		

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









 Niveau Premier	Niveau	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prequis	Durée de la formation initiale
	Agent de Santé Communautaire (ASC)	Volontaire de l'Etat	-	Per diem/ marge sur la vente de médicaments	Primaire	21 jours
 Second	Relai communautaire	Volontaire de l'Etat/ Volontaire en ONG		Per diem	Primaire	5 jours

NIGER

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Niger

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Non	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectoriel		
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Non	Plan de financement	Oui	Ligne budgétaire pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Non	Politique de santé communautaire sensible au genre			
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	Hommes > Femmes	Oui	Adolescents	Planning familial	VIH	Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Maladies de l'enfance/ PCIM/E-C	-				Partiellement dans 19/72 districts
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif			Partiellement dans 19/72 districts
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Cadre de réédition des comptes	Oui	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Oui
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	1/5	7 jours	Mensuel	Capacité à mobiliser les ressources	Oui

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation prérequis	Durée de la formation initiale
Premier	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux	Volontaire de l'Etat / Volontaire en ONG	-	Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	26 jours	
Second	Relai communautaire avec un programme de promotion et de prévention	Volontaire de l'Etat/ Volontaire en ONG	Per diem	Aucun prérequis		7 jours	

NIGÉRIA

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Nigéria

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Politique de santé communautaire		Autre document spécifique de santé communautaire		Structure de coordination		Comité national multisectionnel	
	En cours	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire							
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Non	Non	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Uniquement certains services
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	N/A	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre	N/A *		
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	N/A	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Planning familial	VIH	Tuberculose
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Non	Non	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme effectif	Totallement dans tous les LGAs	Totallement dans tous les LGAs	Totallement dans certains LGAs (nombre non disponible)
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Non	Non	Cadre de réédition des comptes	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Totallement dans tous les LGAs	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Non	Non	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage	Non
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	N/A	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire	14 jours	Hebdomadaire	

* La question est considérée comme non applicable au Nigéria, du fait qu'il n'existe aucune politique de santé communautaire en vigueur, pour le moment.

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
Premier	Community Health Extension Worker (CHEW)	Fonctionnaire	CDI	Salaire/ incitation pécuniaire	Primaire	-
Second	Community Oriented Resource Person (CORP)	Agent contractuel d'ONG	CDI	Salaire	Primaire	-

SÉNÉGAL

La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux


Sénégal

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

 COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Oui	Oui	Comité national multisectoriel		
 COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	N/A	Non	Oui	Plan de financement	Ligne budgétaire pour la santé communautaire	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC Uniquement certains services
 RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Oui	N/A	Non	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre	
 ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Oui	N/A	Non	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Tuberculose Surveillance communautaire
 GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Oui	Non	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts
 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Oui	Non	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Système en place considéré comme effectif	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local
 SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Oui	Oui	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision
 SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	N/A	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation de données de santé communautaire	Fréquence de rapportage

* Concerne uniquement les services fournis par DSDOM aux enfants de moins de 5 ans

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









 Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
Premier	Agent Communautaire (y compris ASC, matrone, CHW/matrone, and DSDOM)	Agent Contractuel en ONG / Volontaire en ONG	-	FBR/ per diem	Lecture et calcul	40 à 55 jours
Second	ACPP (y compris relai, «bajenu gox» (marraine en charge de veiller au programme communautaire), et praticien de médecine traditionnelle)	Agent contractuel d'ONG / Volontaire en ONG / Volontaire communautaire		FBR/ per diem	Lecture et calcul	11 days

SIERRA LÉONE


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Sierra Leone

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Comité national multisectionnel		
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$) pour 5 années	108 900 000	Plan de financement	Oui	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique	Non	Répartition par sexe (femmes/hommes)	35/65	Politique de santé communautaire sensible au genre			
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	Non	Maladies de l'enfance/PCIME-C	35/65	Adolescents	Planning familial	VIH	Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition	Oui	Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Oui	Système en place considéré comme effectif			
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Non	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Oui	Ratio superviseurs/supervisés	Non	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates pour une supervision	Fréquence de rapportage	
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	1/10	Numérisation des données de santé communautaire			Mensuel

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE









	Niveau Premier	Community Health Worker	Statut	Volontaire de l'Etat	Contrat	Rémunération	Incitation pécuniaire	Niveau d'éducation requis	Aucun prérequis	Durée de la formation initiale	3 mois
	Second										

TOGO


La santé communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre - État des lieux

Togo

CRITÈRES PRINCIPAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

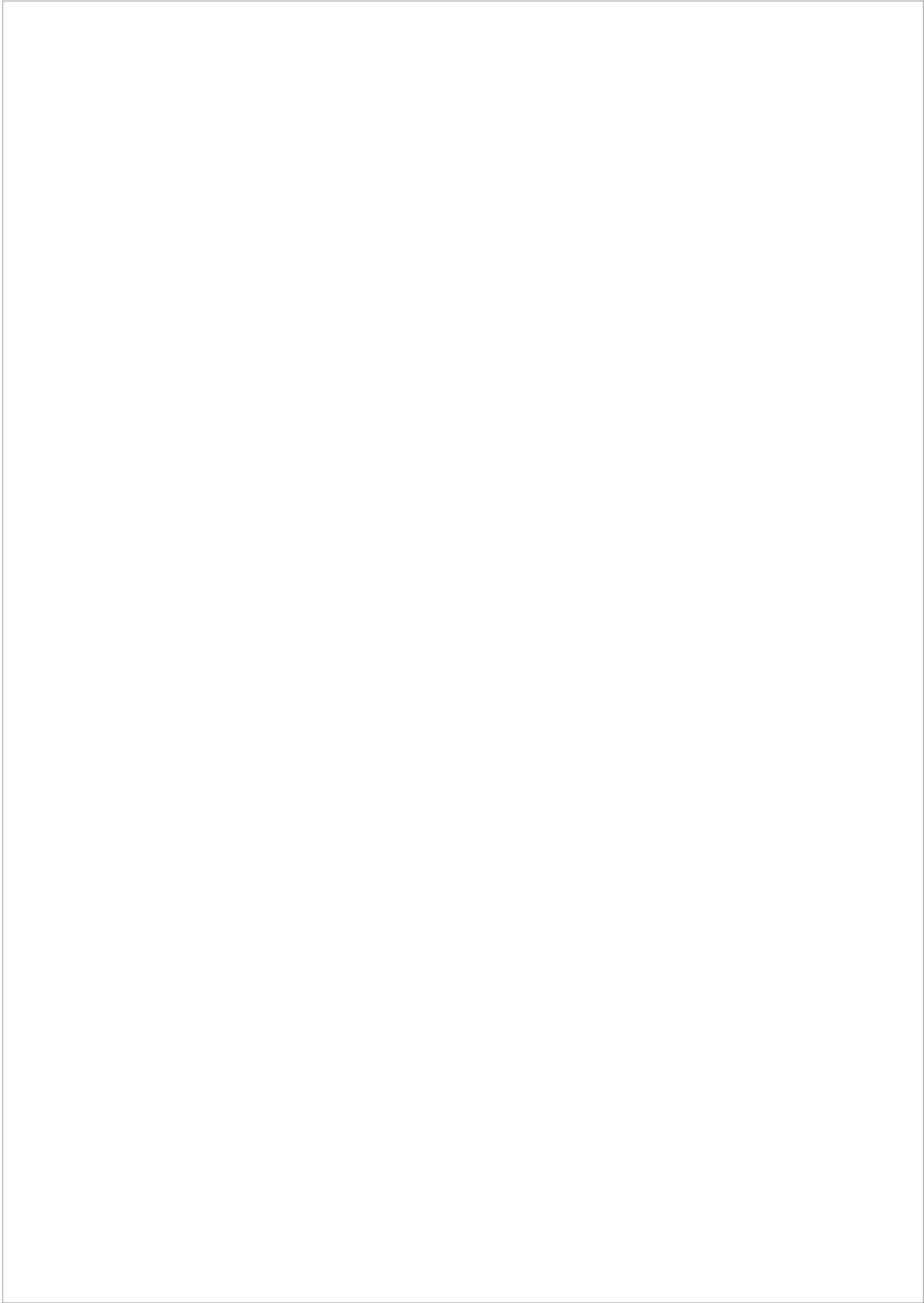
	COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE	Politique de santé communautaire	Oui	Autre document spécifique de santé communautaire	Oui	Structure de coordination	Oui	Comité national multisectoriel					
	COÛTS ET FINANCEMENT	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	29 731 577 pour 5 années	Plan de financement	Non	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Oui	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC	Oui			
	RESSOURCES HUMAINES	Plus de 2 types d'agents identifiés dans les documents de politique		Répartition par sexe (femmes/hommes)		Politique de santé communautaire sensible au genre							
	ENSEMBLE DE SERVICES	Soins prénatals et du nouveau-né	N/A	Maladies de l'enfance/ PCIMIE-C	N/A	Adolescents	Oui	Planning familial	VIH		Tuberculose		Surveillance communautaire
	GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT	Plan d'acquisition		Acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés planifiées dans le système d'approvisionnement national	Totalement dans 22/41 districts	Système en place considéré comme effectif		Partiellement dans 5/41 districts					N/A
	ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Oui	Cadre de réédition des comptes	Non	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Oui	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Oui			Capacité à mobiliser les ressources
	SUPERVISION ET ASSURANCE-QUALITÉ DES RÉSULTATS	Plan de supervision	Non	Ratio superviseurs/supervisés	Non	Temps consacré à la formation des superviseurs	Oui	Ressources disponibles pour une supervision	Fréquence de rapportage				Non
	SUIVI ET ÉVALUATION, ET SYSTÈMES D'INFORMATION	Cadre et système de surveillance complets	Oui	1/5 (gestionnaire d'établissement de santé) 1/20 (superviseur volontaire)	Non	Numérisation des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Oui	10 jours	Mensuel				

PROFIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

	Niveau	Nom	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation	Durée de la formation initiale
	Premier	Agent de Santé Communautaire (ASC)		-	Motivation/ per diem	Lecture et calcul	10 jours
	Second	Relai communautaire	Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	10 jours



AAA



AAA

ANNEXE C.1 - COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

PAYS	Politique de santé communautaire	Autre document spécifique de santé communautaire	Structure de coordination	Comité national multisectoriel
BÉNIN	Oui	Oui	Oui	Non
BURKINA FASO	Non	Oui	Oui	Oui
CAMEROUN	Oui	Oui	Oui	Oui
RCA	Non	Oui	Oui	Oui
TCHAD	Oui	Oui	Oui	Oui
CONGO	Oui	Oui	Oui	Non
CÔTE D'IVOIRE	Non	Oui	Oui	Non
RDC	Non	Oui	Oui	Oui
GAMBIE	En cours	Non	Oui	Oui
GHANA	Oui	Oui	Oui	Oui
GUINÉE	Oui	Oui	Oui	Non
GUINÉE BISSAU	Oui	Oui	Oui	Non
LIBÉRIA	Oui	Oui	Oui	Non
MALI	Non	Oui	Oui	Oui
MAURITANIE	Non	Oui	Oui	Oui
NIGER	Non	Oui	Oui	Oui
NIGERIA	En cours	Oui	Oui	Non
SÉNÉGAL	Oui	Oui	Oui	Oui
SIERRA LEONE	Oui	Oui	Oui	Oui
TOGO	Oui	Oui	Oui	Oui

ANNEXE C.2 - COÛTS ET FINANCEMENT

PAYS	Coût estimatif du programme de santé communautaire (US\$)	Plan de financement	Ligne budgétaire spécifique pour la santé communautaire	Consultation gratuite de ASC	Gratuité des services, médicaments et fournitures par les ASC
BÉNIN	66 940 780 / 5 ans	Non	Non	Oui	Uniquement certains services
BURKINA FASO	17 708 322 / 3 ans	Oui	Oui	Oui	Uniquement certains services
CAMEROUN	174 733 / 3 ans	Non	Oui	Oui	Uniquement certains services
RCA	Non	Non	Oui	Oui	Oui
TCHAD	1 488 798 678 / 4 ans	Non	Non	Oui	Oui
CONGO	2 192 904 / 5 ans	Non	Non	Oui	Oui
CÔTE D'IVOIRE	Non	Non	Non	Oui	Uniquement certains services
RDC	En cours	Non	Oui	Oui	Oui
GAMBIE	Inconnu	Non	Oui	Non	Non
GHANA	Inconnu	Non	Non	Oui	Non
GUINÉE	60 000 000 / 5 ans	Oui	Non	Non	Non
GUINÉE BISSAU	47 862 / 5 ans	Non	Non	Oui	Oui
LIBÉRIA	104 000 000 / 6 ans	Non	Non	Oui	Oui
MALI	29 419 900 / 5 ans	Non	Non	Oui ¹¹	Uniquement certains services
MAURITANIE	1 488 472 / 3 ans	Non	Oui	Non	Uniquement certains services
NIGER	1 362 818 / 1 an	Non	Non	Oui	Oui
NIGERIA	Non	Non	Non	Oui	Uniquement certains services
SÉNÉGAL	Inconnu	Non	Oui	Oui ¹²	Uniquement certains services
SIERRA LEONE	108 900 000 / 5 ans	Oui	Oui	Oui	Oui
TOGO	29 731 577 / 5 ans	Non	Oui	Oui	Oui

11. Concerne certains services uniquement - enregistrement des naissances et service aux plus démunis

12. Concerne uniquement les services fournis par DSDOM aux enfants de moins de 5 ans

3.1 Questions d'ordre général

ANNEXE C.3 - RESSOURCES HUMAINES

PAYS	Plus de 2 types d'agents sont identifiés dans les documents de politique	Répartition par sexe (femmes/hommes)	Politique de santé communautaire sensible au genre
BÉNIN	Oui	40/60	Non
BURKINA FASO	Non	32/68	Oui
CAMEROUN	Oui	N/A	Non
RCA	Oui	Hommes > Femmes	Oui
TCHAD	Oui	≈ 50/50 (1 femme et 1 homme dans chaque village)	Oui
CONGO	Oui	≈ 50/50	Oui
CÔTE D'IVOIRE	Oui	20/80	Oui
RDC	Oui	30/70	Oui
GAMBIE	Oui	55/45 (principalement Accompagnantes à la naissance)	Non
GHANA	Oui	20/80	Non
GUINÉE	Oui	26/74	Oui
GUINÉE BISSAU	Non	N/A	Oui
LIBÉRIA	Oui	17/83 (très variable au selon les régions)	Oui
MALI	Non	1.5	Oui
MAURITANIE	Oui	Femmes > Hommes	Non
NIGER	Oui	Hommes > Femmes	Oui
NIGERIA	Oui	N/A	NA ¹³
SÉNÉGAL	Oui	N/A	Non
SIERRA LEONE	Non	35/65	Oui
TOGO	Oui	N/A	Oui

13. La question est considérée comme non applicable au Nigéria, du fait qu'il n'existe aucune politique de santé communautaire en vigueur pour le moment

3.2 Premier niveau d'ASC

ANNEXE C.3 - RESSOURCES HUMAINES

PAYS	Dénomination	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
BÉNIN	Agent de Santé Communautaire Qualifié		CDD et Résultats	Salaire/ incitation pécuniaire	Secondaire	3 années
BURKINA FASO	Agent de santé à base communautaire	Volontaire de l'Etat	-	Incitation pécuniaire / per diem	Primaire	15 jours
CAMEROUN	Agents de Santé Communautaire	Agent contractuel en ONG / Volontaire en ONG	CDD	FBR/ Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	10 jours
RCA	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux		-	Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	6 jours
TCHAD	Agent de santé communautaire	Volontaire de l'Etat		Incitation pécuniaire	Lecture et calcul	Variable
CONGO	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux complet	Agent contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Résultats	FBR	Secondaire	5 jours
CÔTE D'IVOIRE	Superviseur d'agent de santé communautaire	Volontaire de l'Etat	-	FBR/ Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	6 jours
RDC	Relai communautaire du Comité de Santé (COSA)	Volontaire de l'Etat	-	FBR/ per diem	Lecture et calcul	7 jours
GAMBIE	Community Health Nurse (CHN)	Fonctionnaire/ Volontaire de l'Etat	CDI	Salaire/ Incitation pécuniaire / per diem	Secondaire	2 années
GHANA	Community Health Officer (CHO)	Fonctionnaire	CDI	Salaire	Secondaire	CHO : 2 années & 2 semaines CHEW : 24 semaines

ANNEXE C.3 - RESSOURCES HUMAINES

3.2 Premier niveau d'ASC

PAYS	Dénomination	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
GUINÉE	ASC	Fonctionnaire	-	Salaires	Secondaire	2 années
GUINÉE BISSAU	ASC	-	-	Incitation pécuniaire	Primaire	21 jours
LIBÉRIA	Community Health Assistant (CHA)	Volontaire de l'Etat	CDD et Résultats	Salaires/ incitation pécuniaire	Lecture et calcul	48 jours
MALI	ASC	-	CDI	Salaires/ Incitation pécuniaire	Primaire	21 jours
MAURITANIE	ASC	Volontaire de l'Etat	-	Per diem/ marge sur la vente de médicaments	Primaire	21 jours
NIGER	Relai de santé communautaire avec un ensemble de services médicaux	Volontaire de l'Etat / Volontaire en ONG	-	Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	26 jours
NIGÉRIA	Community Health Extension Worker (CHEW)	Fonctionnaire	CDI	Salaires/ Incitation pécuniaire	Primaire	-
SÉNÉGAL	Agent Communautaire (y compris ASC, matrone, sage-femme traditionnelle formée et DSDOM)	Agent contractuel en ONG / Volontaire en ONG	-	FBR/ per diem	Lecture et calcul	40 à 55 jours
SIERRA LEONE	CHW	Volontaire de l'Etat	-	Incitation pécuniaire	Aucun prérequis	3 mois
TOGO	ASC	-	-	Motivation/ per diem	Lecture et calcul	10 jours

3.2 Second niveau d'ASC

ANNEXE C.3 - RESSOURCES HUMAINES

PAYS	Dénomination	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
BÉNIN	Relai communautaire	Volontaire communautaire	Résultat	FBR/ incitation pécuniaire/ per diem	Primaire	11 jours
BURKINA FASO	-	-	-	-	-	-
CAMEROUN	Travailleur psycho-social	Agent contractuel de l'Etat	CDD	Salaires	Lecture et calcul	
RCA	Relai communautaire	Agent contractuel de l'Etat/ Volontaire en ONG	CDD	Salaires/ per diem	Primaire	6 jours
TCHAD	Relai communautaire	Volontaire de l'Etat / Volontaire en ONG		Per diem	Lecture et calcul	Variable
CONGO	Relai communautaire avec des services médicaux standards	Agent contractuel en ONG/ Volontaire en ONG	Performance	PBF	Secondaire	7 jours
CÔTE D'IVOIRE	ASC classique (y compris éducateur pour les pairs)	Volontaire de l'Etat		PBF/ incitation pécuniaire / per diem	Secondaire	6 jours
RDC	Relai communautaire avec un programme de promotion	Volontaire de l'Etat		Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	7 jours
GAMBIE	Village Health Worker (VHW) and Community Birth Companion (CBC)	Volontaire de l'Etat/ Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire / per diem	Aucun prérequis	28 jours
GHANA	Community Health Volunteer (CHV)	Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire	Lecture et calcul / Primaire / Secondaire	1 à 3 jours
GUINÉE	Relai communautaire	Agent contractuel de l'Etat		Incitation pécuniaire	Lecture et calcul	11 jours
GUINÉE BISSAU	-	-	-	-	-	-

ANNEXE C.3 - RESSOURCES HUMAINES

3.2 Second niveau d'ASC

	Dénomination	Statut	Contrat	Rémunération	Niveau d'éducation requis	Durée de la formation initiale
PAYS						
LIBÉRIA	Community Health Volunteer (CHV)	State volunteer		FBR/ Incitation pécuniaire	Aucun prérequis	
MALI	-	-	-	-	-	-
MAURITANIE	Relai communautaire	Volontaire de l'Etat/ Volontaire en ONG		Per diem	Primaire	5 jours
NIGER	Relai communautaire avec un programme de promotion et de prévention	Volontaire de l'Etat/ Volontaire en ONG		Per diem	Aucun prérequis	7 jours
NIGÉRIA	Community Oriented Resource Person (CORP)	Agent contractuel d'ONG	CDI	Salaire	Primaire	
SÉNÉGAL	ACPP (y compris relai, « bajenu gox » (marraine en charge de veiller au programme communautaire), et praticien de médecine traditionnelle)	Agent contractuel d'ONG / Volontaire en ONG / Volontaire communautaire		FBR/ per diem	Lecture et calcul	40 à 55 jours
SIERRA LEONE	-	-	-	-	-	-
TOGO	Relai communautaire	Volontaire communautaire		Incitation pécuniaire / per diem	Lecture et calcul	10 jours

4.1 Couverture géographique / Partie 1

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS

PAYS	Soins prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Planification familiale
BÉNIN	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts	-	Partiellement dans 5/34 districts
BURKINA FASO	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	-	Totalement dans tous les districts
CAMEROUN	Totalement dans 80/189 districts	Totalement dans 80/189 districts	Totalement dans 80/189 districts	Totalement dans 80/189 districts
RCA	Partiellement dans 9/35 districts	Partiellement dans 11/35 districts	-	N/A
TCHAD	N/A	N/A	N/A	N/A
CONGO	Partiellement dans 22/53 districts	Partiellement dans 22/53 districts - 3/53 pour les soins curatifs	Partiellement dans 22/53 districts	Partiellement dans 22/53 districts
CÔTE D'IVOIRE	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts
RDC	N/A	N/A	N/A	N/A
GAMBIE	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC pour toutes les activités - vaccination HPV dans 1 région	Totalement dans tous les villages PHC
GHANA	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	-	Totalement dans tous les districts
GUINÉE	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts pour toutes les activités en dehors de la vaccination HPV	Totalement dans tous les districts
GUINÉE BISSAU	Totalement dans tous les aires sanitaires	Totalement dans tous les aires sanitaires	-	Totalement dans tous les aires sanitaires
LIBÉRIA	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts
MALI	Totalement dans 47/65 districts	Totalement dans 47/65 districts	Totalement dans 47/65 districts	Totalement dans 47/65 districts

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.1 Couverture géographique / Partie 1

PAYS	Soins prénatals et du nouveau-né	Maladies de l'enfance/ PCIME-C	Adolescents	Planification familiale
MAURITANIE	Totallement dans tous les départements (moughataas)	Totallement dans tous les départements (moughataas)	-	Totallement dans tous les départements (moughataas)
NIGER	Totallement dans tous les districts	Partiellement dans 19/72 districts	-	-
NIGÉRIA	Totallement dans tous les LGAs	Totallement dans tous les LGAs	Totallement dans tous les LGAs	Totallement dans tous les LGAs
SÉNÉGAL	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts
SIERRA LEONE	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts	Totallement dans tous les districts
TOGO	N/A	Totallement dans 22/41 districts	-	Partiellement dans 5/41 districts

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS

4.1 Couverture géographique / Partie 2

PAYS	VIH	Tuberculose	Surveillance communautaire	Planification familiale
BÉNIN	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans 5/34 districts
BURKINA FASO	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts
CAMEROUN	Partiellement dans 80/189 districts	Partiellement dans 80/189 districts	Partiellement dans 80/189 districts	Totalement dans 80/189 districts
RCA	N/A	-	N/A	N/A
TCHAD	N/A	N/A	N/A	N/A
CONGO	Partiellement dans 18/53 districts	-		Partiellement dans 22/53 districts
CÔTE D'IVOIRE	Partiellement dans tous les districts	N/A	Partiellement dans tous les districts	Partiellement dans tous les districts
RDC	N/A	N/A	N/A	N/A
GAMBIE	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC	Totalement dans tous les villages PHC
GHANA	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts
GUINÉE	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts
GUINÉE BISSAU	Totalement dans toutes les aires sanitaires	Totalement dans toutes les aires sanitaires	Totalement dans toutes les aires sanitaires	Totalement dans tous les aires sanitaires
LIBÉRIA	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts	Partiellement dans 11/90 districts. Totalement dans 79/90 districts
MALI	Totalement dans 47/65 districts	-	N/A	Totalement dans 47/65 districts
MAURITANIE	Totalement dans tous les départements (moughataas)	Totalement dans tous les départements (moughataas)	Totalement dans tous les départements (moughataas)	Planification familiale
NIGER	-	-	Partiellement dans 19/72 districts	Totalement dans tous les départements (moughataas)

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.1 Couverture géographique / Partie 2

PAYS	VIH	Tuberculose	Surveillance communautaire	Planification familiale
NIGÉRIA	Totalement dans tous les LGAs	Totalement dans certains LGAs (nombre non disponible)	Totalement dans certains LGAs (nombre non disponible)	-
SÉNÉGAL	Partiellement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Partiellement dans 17/76 districts	Totalement dans tous les LGAs
SIERRA LEONE	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts	Totalement dans tous les districts
TOGO	-	N/A	N/A	Totalement dans tous les districts
TOGO	N/A	Totalement dans 22/41 districts	-	Partiellement dans 5/41 districts

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS

4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs pour chaque catégorie de services

Soins prénatals et du nouveau-né (jusqu'à 28 jours) - Activités promotionnelles (1)

PAYS	Promotion et guide de référence pour les 4 consultations prénatales (CPN)	Fer/Acide folique	Utilisation de MIDs	PTME/ eTME	Accouchement par une sage-femme qualifiée	Contact peau-à-peau
BÉNIN	X		X			
BURKINA FASO	X	X	X	X	X	X
CAMEROUN	X		X	X	X	X
RCA	X	X	X	X	X	X
TCHAD	X	X	X	X	X	X
CONGO	X	X	X		X	X
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	X	
RDC	X	X	X	X	X	X
GAMBIE	X	X	X	X	X	X
GHANA	X	X	X	X	X	X
GUINÉE	X	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X		X	X	X	X
LIBÉRIA	X	X	X	X	X	
MALI	X	X	X	X	X	
MAURITANIE	X	X	X		X	X
NIGER	X	X	X	X	X	
NIGERIA	X	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X	X	X		X	X
TOGO	X		X			

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS
4.2 Composition des offres de services proposés par les
ASCs pour chaque catégorie de services
Soins prénatals et du nouveau-né (jusqu'à 28 jours) - Activités promotionnelles (2)

PAYS	Méthode Kangourou de soin maternel au niveau communautaire	Allaitement maternel exclusif et précoce	Contraception post-partum	Enregistrement des naissances	Vaccination
BÉNIN		X	X		X
BURKINA FASO	X	X	X	X	X
CAMEROUN	X	X		X	X
RCA	X	X		X	X
TCHAD	X	X	X	X	X
CONGO	X	X	X	X	X
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	X
RDC	X	X	X	X	X
GAMBIE	X	X	X	X	X
GHANA	X	X	X	X	X
GUINÉE	X	X	X		X
GUINÉE BISSAU	X	X	X	X	X
LIBÉRIA		X	X	X	X
MALI	X	X	X	X	X
MAURITANIE	X	X	X	X	X
NIGER	X	X	X	X	X
NIGERIA	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE		X	X	X	X
TOGO		X	X	X	X

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs pour chaque catégorie de services
Soins prénatals et du nouveau-né (jusqu'à 28 jours) - Activités de prévention (1)

PAYS	Présence d'une sage-femme qualifiée durant le travail et l'accouchement	Administration de Misoprostol pour prévenir l'hémorragie post-partum	Visite à domicile après l'accouchement (24h-72h-7 jours)	Soin du cordon ombilical	DPE ¹⁴
BÉNIN			X		
BURKINA FASO			X		
CAMEROUN	(seulement dans 28/70 districts)				
RCA			X		
TCHAD					
CONGO	X	X	X	Séchage naturel et chlorhexidine	X
CÔTE D'IVOIRE			X		
RDC	X		X	chlorhexidine	
GAMBIE		X	X	chlorhexidine	
GHANA	X		X	Séchage naturel	X
GUINÉE			X	Séchage naturel	
GUINÉE BISSAU	X	X	X	chlorhexidine	
LIBÉRIA			X	Séchage naturel	
MALI			X		
MAURITANIE			X	chlorhexidine	
NIGER			X	Séchage naturel	X
NIGERIA	X	X	X	Séchage naturel et chlorhexidine	
SÉNÉGAL	X	X		Séchage naturel et chlorhexidine	X
SIERRA LEONE	X	X	X	Séchage naturel	X
TOGO			X	Séchage naturel et chlorhexidine	X

14. Par le Développement de la Petite Enfance (DPE) on entend ici une participation active des ASCs par le biais de jeux, de chansons, de massages, etc.

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS
4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services
Soins prénatals et du nouveau-né (jusqu'à 28 jours) - Activités de prévention (2)

PAYS	Contrôle du poids du nouveau-né	Contrôle de la température du nouveau-né	Technique de la Mère Kangourou au niveau communautaire	Recherche de signes de danger pour la mère et l'enfant et orientation vers les services de soin
BÉNIN				X
BURKINA FASO	X	X	Accompagnement	X
CAMEROUN				X
RCA			Mise en place et accompagnement	X
TCHAD	X	X	Mise en place et accompagnement	X
CONGO	X	X	Mise en place	X
CÔTE D'IVOIRE		X	Mise en place et accompagnement	X
RDC	X		Accompagnement	X
GAMBIE		X	Mise en place et accompagnement	X
GHANA	X			X
GUINÉE	X	X	Mise en place	X
GUINÉE BISSAU	X	X	Mise en place	X
LIBÉRIA				X
MALI	X	X	Accompagnement	X
MAURITANIE	X	X	Mise en place et accompagnement	X
NIGER	X	X	Mise en place	X
NIGERIA			Mise en place et accompagnement	X
SÉNÉGAL	X	X	Mise en place et accompagnement	X
SIERRA LEONE		X		X
TOGO				

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services
Maladies de l'enfance (avant 5 ans) / PCIME-C - Activités promotionnelles

PAYS	Vaccination	Contrôle du carnet de vaccination	Education nutritionnelle ¹⁵	Utilisation de MIDs	DPE ¹⁶
BÉNIN	X	X	X	X	
BURKINA FASO	X	X	X	X	
CAMEROUN	X	X	X	X	
RCA	X	X	X	X	
TCHAD	X	X	X	X	X
CONGO	X	X	X	X	X
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	
RDC	X	X	X	X	
GAMBIE			X	X	X
GHANA	X	X	X	X	X
GUINÉE	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X	X	X	X	X
LIBÉRIA	X		X	X	X
MALI	X	X	X	X	
MAURITANIE	X	X	X	X	X
NIGER	X	X	X	X	X
NIGERIA	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X	X	X	X	X
TOGO	X	X	X	X	

15. L'éducation nutritionnelle comprend l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et l'allaitement jusqu'à deux ans, pour tous les pays. La promotion de l'allaitement des jeunes enfants est incluse, sauf au Nigéria.

16. Dans le Développement de la Petite Enfance (DPE), on comprend ici l'intégration uniquement des activités qui concernent la promotion de la DPE.

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs pour chaque catégorie de services
Maladies de l'enfance (avant 5 ans) / PC/IME-C - Activités de prévention

PAYS	Administration de vitamine A -albandazole/ mebendazole ¹⁷	Contrôle de la croissance	Dépistage PB et orientation vers les services de soin	Distribution de PMN	Recherche de dangers et orientation vers des services de soin	DPE ¹⁸	Protection de l'enfant
BÉNIN	Campagnes		X		X		
BURKINA FASO	Campagnes et vaccination systématique	X	X	X	X		
CAMEROUN	Campagnes		X		X		X
RCA	Campagnes	X	X				
TCHAD	Campagnes et vaccination systématique	X	X	X	X	X	X
CONGO	Campagnes et vaccination systématique	X	X		X		
CÔTE D'IVOIRE	Campagnes	X	X	X	X		
RDC	Campagnes	X	X	X	X		X
GAMBIE	Campagnes et vaccination systématique	X	X	X	X	X	X
GHANA		X			X		
GUINÉE	Campagnes et vaccination systématique	X	X	X	X		X
GUINÉE BISSAU	Campagnes		X		X		X
LIBÉRIA	Campagnes		X	X	X		
MALI	Campagnes		X		X		X
MAURITANIE	Campagnes	X	X		X		X
NIGER	Campagnes		X		X		
NIGERIA	Campagnes	X	X	X	X	X	
SÉNÉGAL	Campagnes et vaccination systématique	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X		X		X	X	X
TOGO	Campagnes et vaccination systématique	X	X		X		

17. Dans 11 pays l'administration de vitamine A et d'albandazole/mebendazole est effectuée lors de campagnes de vaccination, et dans 7 autres pays lors de campagnes mais aussi par une vaccination systématique. Le Sierra Leone n'a pas indiqué les modes d'administration.

18. Dans le cadre des activités de prévention, le DPE se rapporte à la participation active des ASCs à travers des jeux, des chants, des massages, etc.

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS

4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services

Maladies de l'enfance (avant 5 ans) / PC/IME-C - Soins curatifs

PAYS	Fièvre (paracétamol)	Diarrhée (SRO et Zn)	Pneumonie (amoxicilline)	Paludisme (TDR et TCA)	Malnutrition aiguë sévère (amoxicilline et ATPE)
BÉNIN	X	X	X	X	
BURKINA FASO	X	X	X	X	
CAMEROUN	X	X	X	X	
RCA	X	X	X	X	
TCHAD	X	X	X	X	X
CONGO	X	X	X	X	
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	
RDC	X	X	X	X	
GAMBIE	X	X	X	X	X
GHANA	X	X	X	X	X
GUINÉE	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X	X	X	X	
LIBÉRIA	X	X	X	X	
MALI	X	X	X	X	X
MAURITANIE	X	X	X	X	
NIGER	X	X	X	X	
NIGERIA	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	
SIERRA LEONE	X	X	X	X	
TOGO	X	X	X	X	X

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services
Adolescents

PAYS	Prévention des grossesses précoces	Hygiène menstruelle	Prévention du mariage précoce	Vaccination HPV	Fer/Acide folique	Education nutritionnelle	Prévention du VIH
BÉNIN	-	-	-	-	-	-	-
BURKINA FASO	-	-	-	-	-	-	-
CAMEROUN							X
RCA	-	-	-	-	-	-	-
TCHAD	X	X	X	X	X	X	X
CONGO	X						
CÔTE D'IVOIRE						X	X
RDC	X	X	X	X	X	X	X
GAMBIE	X	X	X	X (seulement dans une région)	X	X	X
GHANA	-	-	-	-	-	-	-
GUINÉE	X	X	X		X	X	X
GUINÉE BISSAU	-	-	-	-	-	-	-
LIBÉRIA	X						X
MALI	X						X
MAURITANIE	-	-	-	-	-	-	-
NIGER	-	-	-	-	-	-	-
NIGERIA							X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X						X
TOGO	-	-	-	-	-	-	-

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services
Planification familiale

PAYS	Promotion	Conseil et orientation vers des services de soin	Distribution de préservatifs	Distribution de pilules	Distribution de médicaments injectables
BÉNIN	X	X			
BURKINA FASO	X	X	X	Rechargement	Poursuite
CAMEROUN	X	X	X		
RCA	X	X	X	Rechargement	
TCHAD	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite
CONGO	X	X	X		
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	Rechargement	
RDC	X	X	X	Rechargement	
GAMBIE	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite
GHANA	X	X	X	Offre initiale et rechargement	
GUINÉE	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite
GUINÉE BISSAU	X	X	X	Offre initiale et rechargement	
LIBÉRIA	X	X	X	Rechargement	
MALI	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite
MAURITANIE	X	X			
NIGER	-	-	-	-	-
NIGERIA	X	X	X	Offre initiale et rechargement	
SÉNÉGAL	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite
SIERRA LEONE	X	X		Rechargement	
TOGO	X	X	X	Offre initiale et rechargement	Instauration et poursuite

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
VIH pour chaque catégorie de services

PAYS	Education et prévention	Conseil pour le respect des prescriptions	Sensibilisation à la stigmatisation et aux discriminations
BÉNIN		X	
BURKINA FASO	X		X
CAMEROUN	X	X	X
RCA	X		
TCHAD	X	X	X
CONGO	X		
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X
RDC	X	X	X
GAMBIE	X	X	X
GHANA	X		
GUINÉE	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X	X	X
LIBÉRIA	X		X
MALI	X	X	X
MAURITANIE	X		
NIGER	-	-	-
NIGERIA	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X
SIERRA LEONE	X		
TOGO	-	-	-

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs pour chaque catégorie de services
Tuberculose

PAYS	Education de la communauté	Visites à domicile	Détection et orientation des cas suspects	Recherche et orientation des contacts avec les cas positifs	Traitement sous Observation Directe (TOD)	Suivi des rendez-vous de contrôle
BÉNIN	X	X	X			
BURKINA FASO	X		X	X		X
CAMEROUN	X	X	X	X		
RCA	-	-	-	-	-	-
TCHAD	X	X	X	X	X	X
CONGO	-	-	-	-	-	-
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	X	X
RDC	X	X	X	X		X
GAMBIE	X	X	X	X	X	X
GHANA						
GUINÉE	X	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X		X	X	X	
LIBÉRIA	X	X	X	X	X	X
MALI	-	-	-	-	-	-
MAURITANIE	X		X			X
NIGER	-	-	-	-	-	-
NIGERIA	X		X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE			X			
TOGO	X	X	X	X	X	X

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS
4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs
pour chaque catégorie de services
Surveillance communautaire / Partie 1

PAYS	Dépistage PB et orientation vers les services de soin	Choléra	Méningite	Fièvres hémorragiques, y compris EBV	Rougeole	Polio	Fièvre jaune
BÉNIN	X				X	X	
BURKINA FASO	X	X	X	X	X	X	
CAMEROUN	X						
RCA	X	X		X		X	
TCHAD	X	X	X		X	X	
CONGO	X	X					
CÔTE D'IVOIRE	X	X	X	X	X	X	X
RDC	X	X		X	X	X	X
GAMBIE	X	X	X	X	X	X	X
GHANA		X	X		X	X	X
GUINÉE	X	X	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU	X	X		X	X	X	
LIBÉRIA	X	X	X	X	X	X	X
MALI	X						
MAURITANIE	X	X	X	X	X	X	X
NIGER	X						
NIGERIA	X	X	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X	X	X	X	X	X	X
TOGO	X	X	X	X	X	X	X

ANNEXE C.4 - ENSEMBLE DES SERVICES PROPOSÉS 4.2 Composition des offres de services proposés par les ASCs pour chaque catégorie de services
Interventions de surveillance à base communautaire / Partie 2

PAYS	Tétanos néonatal	Vers de Guinée	Lèpre	Décès maternels	Décès néonataux	Morts en "grappes"	Tout cas suspect
BÉNIN	X						
BURKINA FASO	X	X		X	X	X (3/70 districts)	X (3/70 districts)
CAMEROUN				X	X		X
RCA		X		X			
TCHAD		X	X	X	X	X	X
CONGO				X	X		
CÔTE D'IVOIRE	X	X		X	X	X	X
RDC	X	X		X	X		X
GAMBIE	X	X		X	X	X	X
GHANA	X	X	X	X	X	X	X
GUINÉE	X	X	X	X	X	X	X
GUINÉE BISSAU							X
LIBÉRIA	X		X	X	X		X
MALI				X	X	X	X
MAURITANIE	X	X		X	X	X	X
NIGER				X	X		
NIGERIA	X	X	X	X	X	X	X
SÉNÉGAL	X	X	X	X	X	X	X
SIERRA LEONE	X	X		X	X	X	X
TOGO	X	X	X	X	X	X	X

ANNEXE C.5 - GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT

PAYS	Plan d'acquisition	Les acquisitions de médicaments et d'équipements pour les communautés sont planifiées dans le système d'approvisionnement national	Le système en place est considéré comme efficace
BÉNIN	Oui	Non	Non
BURKINA FASO	Oui	Oui	Non
CAMEROUN	Non	Oui	Non
RCA	Non	Non	Non
TCHAD	Oui	Oui	Non
CONGO	Non	Non	Non
CÔTE D'IVOIRE	Oui	Oui	Non
RDC	Oui	Oui	Oui
GAMBIE	Oui	Oui	Non
GHANA	Oui	Oui	Oui
GUINÉE	Oui	Oui	Oui
GUINÉE BISSAU	Non	Non	Non
LIBÉRIA	Oui	Oui	Non
MALI	Oui	Oui	Oui ¹⁹
MAURITANIE	Oui	Oui	Non
NIGER	Oui	Oui	Oui
NIGERIA	Non	Non	Non
SÉNÉGAL	Oui	Oui	Non
SIERRA LEONE	Oui	Oui	Non
TOGO	Oui	Non	Non

19. A noter que l'efficacité du système est relative au secteur commercial uniquement.

ANNEXE C.6 - PRESTATIONS ET ORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ

PAYS	Référence à des outils appropriés pour les essais cliniques, les diagnostics, la gestion et l'orientation vers des services de santé	Procédure d'orientation vers les services de santé communautaire	Mécanisme de contre-orientation	Documentation des cas d'orientation dans les rapports produits par les ASC
BÉNIN	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
BURKINA FASO	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
CAMEROUN	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
RCA	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
TCHAD	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Non	Oui
CONGO	Oui	Document écrit	Oui	Oui
CÔTE D'IVOIRE	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
RDC	Oui	Document écrit	Oui	Oui
GAMBIE	Oui	Orientation orale, Accompagnement	Oui	Oui
GHANA	Oui	Document écrit	Oui	Oui
GUINÉE	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
GUINÉE BISSAU	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
LIBÉRIA	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
MALI	Oui	Document écrit	Oui	Oui
MAURITANIE	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Non	Oui
NIGER	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
NIGERIA	Non	Document écrit	Non	Oui
SÉNÉGAL	Oui	Document écrit, Accompagnement	Non	Oui
SIERRA LEONE	Oui	Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui
TOGO	Oui	Orientation orale, Document écrit, Accompagnement	Oui	Oui

ANNEXE C.7 - ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ

PAYS	Stratégie pour l'engagement de la communauté	Cadre de reddition des comptes	Capacité à prendre des initiatives raisonnées sur les questions de santé	Capacité à prendre part à la planification et le S&E des interventions	Capacité à résoudre les problèmes au niveau local	Capacité à mobiliser les ressources
BÉNIN	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
BURKINA FASO	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CAMEROUN	Non	Oui ²⁰	Non	Oui	Oui	Oui
RCA	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
TCHAD	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
CONGO	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
CÔTE D'IVOIRE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
RDC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GAMBIE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GHANA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GUINÉE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GUINÉE BISSAU	Non	Non	Non	Non	Non	Non
LIBÉRIA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MALI	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
MAURITANIE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
NIGER	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
NIGERIA	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
SÉNÉGAL	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SIERRA LEONE	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
TOGO	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non

20. Cependant, le système n'est pas considéré comme étant fonctionnel.

ANNEXE C.8 - SUPERVISION ET ASSURANCE QUALITÉ DES RÉSULTATS

PAYS	Plan de supervision	Ratio superviseurs/ supervisés	Temps consacré à la formation des superviseurs	Ressources adéquates disponibles pour une supervision appropriée	Fréquence de rapportage
BÉNIN	Oui	1/12	1 jour	Oui	Mensuel
BURKINA FASO	Oui	N/A	Pas de formation	Oui	Mensuel
CAMEROUN	Oui	1/8	Module de formation en cours de développement	Non	Mensuel
RCA	Oui	8/15	11 jours	Oui	Mensuel
TCHAD	Oui	N/A	2 à 5 jours	Oui	Mensuel
CONGO	Oui	1/5	7 jours	Non	Mensuel
CÔTE D'IVOIRE	Oui	1/10	6 jours	Oui	Mensuel et trimestriel
RDC	Oui	1/zone	7 jours	Oui	Mensuel
GAMBIE	Oui	de 1/5 à 1/ 9 villages	24 mois	Oui	Mensuel
GHANA	Oui	de 1/2 à 1/10		Oui	Mensuel
GUINÉE	Oui	1/10	11 jours	Oui	Mensuel
GUINÉE BISSAU	Oui	1/45	7 jours	Oui	Mensuel
LIBÉRIA	Oui	1/10	25 jours	Oui	Mensuel
MALI	Oui	1 équipe de superviseurs /10 to 20 ASCs	7 jours	Oui	Mensuel
MAURITANIE	Oui	1/5	5 jours	Oui	Tous les 45 jours
NIGER	Oui	1/5	7 jours	Oui	Mensuel
NIGERIA	Oui	N/A	14 jours	Non	Hebdomadaire
SÉNÉGAL	Oui	N/A	5 jours	Oui	Mensuel
SIERRA LEONE	Oui	1/10	3 mois	Oui	Mensuel
TOGO	Oui	1/5 (gestionnaire d'établissement de santé) 1/20 (superviseur volontaire)	10 jours	Oui	Mensuel

ANNEXE C.9 - SUIVI ET EVALUATION, ET SYSTEMES D'INFORMATION EN SANTE COMMUNAUTAIRE

PAYS	Cadre et système de surveillance complets	Prise en compte des données de santé communautaire dans le système d'information de santé national	Numérisation des données de santé communautaire
BÉNIN	Oui	Oui	Non
BURKINA FASO	Oui	Oui	Oui
CAMEROUN	En cours	Non	Non
RCA	Oui	Non	Non
TCHAD	Non	Non	Non
CONGO	Non	Oui	Non
CÔTE D'IVOIRE	Non	Oui	Non
RDC	Oui	Oui	Non
GAMBIE	Oui	Oui	Oui
GHANA	Oui	Oui	Oui
GUINÉE	Oui	Non	Non
GUINÉE BISSAU	Oui	Non	Oui
LIBÉRIA	Oui	Oui	Oui
MALI	Oui	Oui	Non
MAURITANIE	Non	Non	Non
NIGER	Oui	Oui	Non
NIGERIA	Oui	Oui	Oui
SÉNÉGAL	Oui	Oui	Oui
SIERRA LEONE	Oui	Oui	Oui
TOGO	Oui	Oui	Non

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

<p>1. Quel(s) document(s) officiel(s) guide(nt) le programme de santé communautaire ?</p> <p>Le cas échéant, veuillez préciser le titre et la date du document concerné.</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une politique <input type="checkbox"/> Un plan stratégique <input type="checkbox"/> Un plan d'action <input type="checkbox"/> Des guidelines <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : <p>Veuillez préciser si un nouveau document est en cours d'élaboration :</p> <p>Si une politique de santé communautaire n'existe pas, veuillez préciser quelle autre politique nationale fait référence à la santé communautaire :</p>
<p>2. Selon vous, la politique et/ou la stratégie de santé communautaire répondent-elles aux principes clés suivants?</p>	<p>Equité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Egalité de genre</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs

	<p>Engagement communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Gouvernance locale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Redevabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Durabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Multisectorialité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le principe n'est pas mentionné dans le (s) document (s) de politique <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné mais n'est pas clairement explicité <input type="checkbox"/> Le principe est mentionné et clairement explicité <input type="checkbox"/> La progression est suivie par des indicateurs <p>Commentaires :</p>

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

<p>3. La politique / stratégie / ligne directrice est-elle basée sur une analyse situationnelle nationale des besoins ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p>a) l'année de l'analyse situationnelle : _____</p> <p>b) si l'analyse est basée sur :</p> <p><input type="checkbox"/> Une revue documentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Une cartographie - Préciser (populations, activités, agents, partenaires):</p> <p><input type="checkbox"/> Une évaluation du programme</p> <p><input type="checkbox"/> Une consultation d'experts</p> <p><input type="checkbox"/> Autre - Préciser :</p>
<p>4. Quel(s) document(s) officiel(s) autorise(nt) la prise en charge au niveau communautaire des maladies suivantes, si tel est le cas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée (SRO/Zn) ? - Paludisme (TDR et CTA) ? - Pneumonie (amoxicilline)? - Malnutrition Aigüe Sévère (amoxicilline et ATPE) ? - Soin du cordon (chlorhexidine) ? - Planification Familiale (contraceptifs, incluant les formes injectables) ? - Autre –Préciser :
<p>5. Existe-t-il une structure nationale de coordination de la santé communautaire ?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <p>a) Quels sont le statut et le nom de cette structure?</p> <p><input type="checkbox"/> Direction _____</p> <p><input type="checkbox"/> Division _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cellule _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser : _____</p>

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

	<p>b) Veuillez préciser à quel organe cette structure est directement rattachée (ex : Direction Générale de la Santé, Direction de la Promotion de la Santé, etc.) :</p>
<p>6. Existe-t-il un comité national pluridisciplinaire de santé communautaire ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p>a) l'ancrage institutionnel du comité (à qui le comité rend-il compte ?) :</p> <p>b) le rôle principal de ce comité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prise de décision <input type="checkbox"/> Suivi programmatique <input type="checkbox"/> Plateforme d'échanges <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : <p>Commentaires :</p>

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

	<p>c) à quelle fréquence doit se réunir ce comité :</p> <p><input type="checkbox"/> une fois par mois</p> <p><input type="checkbox"/> tous les six mois</p> <p><input type="checkbox"/> une fois par an</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser :</p>
	<p>d) ces réunions sont-elles effectives ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>e) Quelle est la composition de ce comité (ou les instances impliquées dans la coordination de la santé communautaire même si un tel comité n'existe pas au sein du pays) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Divisions et services du Ministère de la Santé :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres ministères :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaires Techniques et Financiers (PTF)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><i>Veillez cocher les cases correspondantes aux réponses appropriées et préciser les organes représentés pour chaque catégorie.</i></p>	

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

<p><input type="checkbox"/> Représentants du secteur privé</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Instituts de recherche</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser :</p>	
<p>Couverture actuelle, en termes de population, du programme de santé communautaire :</p> <p>-----</p> <p>Prévision de la couverture par le programme à l'échéance de la politique :</p> <p>-----</p>	<p>7. Quelle est la vision de la politique concernant la couverture du programme de santé communautaire ?</p>

COORDINATION ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE

8. Existe-t-il un plan/une stratégie de communication et mobilisation sociale pour la santé communautaire (ou un plan de communication pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile intégrant un volet santé communautaire)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
--	--

COÛTS ET FINANCEMENT

9. Les coûts du programme sont-ils estimés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : ----- (montant) pour ----- années
10. Le financement est-il sécurisé par un plan de financement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Existe-t-il une ligne budgétaire nationale allouée à la santé communautaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, a) Quel était le montant alloué en 2016 ? ----- en 2017 ? ----- b) Quel pourcentage du budget de la santé cela représente-t-il? -----% c) Existe-t-il un plan du Gouvernement pour augmenter cette part ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
12. Quels sont les principaux financeurs externes du programme de santé communautaire ? <i>Plusieurs réponses possibles</i>	<input type="checkbox"/> UNICEF <input type="checkbox"/> OMS <input type="checkbox"/> USAID <input type="checkbox"/> ACDI <input type="checkbox"/> Fonds Mondial <input type="checkbox"/> Autre – Préciser :

COÛTS ET FINANCEMENT

13. Les consultations par les ASC sont-elles gratuites pour les patients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seuls certains services sont gratuits. Veuillez préciser :
14. Les médicaments et fournitures pour les services offerts au niveau communautaire sont-ils gratuits ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seuls certains médicaments ou fournitures sont gratuits. Veuillez préciser :

RESSOURCES HUMAINES

15. Y a-t-il plusieurs types d'agents de santé communautaire recensés dans les documents de politique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser:
16. Existe-t-il d'autres types d'agents qui exercent dans la communauté dans le domaine de la santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser :
17. Existe-t-il des ASC spécialisés pour la prise en charge de certaines maladies ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser en quoi consiste(nt) la/les spécialisation(s) :
18. S'il existe plus de deux types d'agents,	a) Veuillez en expliquer les raisons : b) cette multiplicité est-elle efficace dans votre contexte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) y a-t-il une intention de simplifier ce schéma organisationnel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :

RESSOURCES HUMAINES

<p>Pour les questions 19 à 28, veuillez répondre en vous concentrant sur le(s) agent(s) de santé communautaire (ASC) reconnu(s) (dont le statut est défini) dans les documents de politique, ou sur les deux types d'agents les plus proches d'une institutionnalisation future.</p> <p>N.B. Dans les questions suivantes le terme ASC est employé de façon générique et englobe tous les types d'agents communautaires. Veuillez préciser le nom (ASC, assistants, relais, volontaires, ...) des deux types d'agents pris en compte dans votre contexte.</p>		
Types d'agents		
	Agent 1 : -----	Agent 2 : -----
19. Quel est le statut de l'ASC?	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Contractuel de l'Etat <input type="checkbox"/> Contractuel d'une ONG <input type="checkbox"/> Volontaire de l'Etat <input type="checkbox"/> Volontaire d'une ONG <input type="checkbox"/> Autre – Préciser :	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Contractuel de l'Etat <input type="checkbox"/> Contractuel d'une ONG <input type="checkbox"/> Volontaire de l'Etat <input type="checkbox"/> Volontaire d'une ONG <input type="checkbox"/> Autre – Préciser :
20. L'ASC est-il reconnu par le code/ la loi de santé publique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :

RESSOURCES HUMAINES

<p>21. Quels sont les moyens de reconnaissance des ASC ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Recensement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> au niveau national <input type="checkbox"/> au niveau régional <input type="checkbox"/> au niveau communal <input type="checkbox"/> autre – Préciser : _____ <p>Si un tel recensement est disponible, combien d'agents type 1 sont recensés à ce jour dans le pays ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Signes d'identification</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gilet/t-shirt/casquette <input type="checkbox"/> badge/carte <input type="checkbox"/> attestation <p><input type="checkbox"/> Contrat</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de travail à durée indéterminée <input type="checkbox"/> de travail à durée déterminée <input type="checkbox"/> de performance <p>Si un contrat est signé, veuillez préciser quelles sont les différentes parties signataires du contrat :</p>	<p><input type="checkbox"/> Recensement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> au niveau national <input type="checkbox"/> au niveau régional <input type="checkbox"/> au niveau communal <input type="checkbox"/> autre – Préciser : _____ <p>Si un tel recensement est disponible, combien d'agents type 2 sont recensés à ce jour dans le pays ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Signes d'identification</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gilet/t-shirt/casquette <input type="checkbox"/> badge/carte <input type="checkbox"/> attestation <p><input type="checkbox"/> Contrat</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de travail à durée indéterminée <input type="checkbox"/> de travail à durée déterminée <input type="checkbox"/> de performance <p>Si un contrat est signé, veuillez préciser quelles sont les différentes parties signataires du contrat :</p>
<p>22. Quel est le temps alloué aux activités d'ASC?</p>	<p>-----heures/semaine</p> <p>-----jours/ mois</p>	<p>-----heures/semaine</p> <p>-----jours/ mois</p>

RESSOURCES HUMAINES

<p>23. Quelles sont les modalités de rémunération des ASC ?</p> <p>Veillez préciser les montants et/ou les plafonds s'il y a lieu, ainsi que la source (Ministère/ONG/etc.)</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Salaire</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Rémunération basée sur la performance</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Motivation</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Per diem ponctuel</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Paiement à l'acte</p> <p>-----</p> <p>Commentaires :</p> <p>-----</p>	<p><input type="checkbox"/> Salaire</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Rémunération basée sur la performance</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Motivation</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Per diem ponctuel</p> <p>-----</p> <p><input type="checkbox"/> Paiement à l'acte</p> <p>-----</p> <p>Commentaires :</p> <p>-----</p>
<p>24. Une stratégie de rétention des ASC est-elle en vigueur ?</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Plan d'évolution de carrière</p> <p><input type="checkbox"/> Implication dans la formation des pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Avantages au sein de la communauté</p> <p><input type="checkbox"/> Exonération de paiement pour les soins de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Distinctions honorifiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser :</p> <p>-----</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Plan d'évolution de carrière</p> <p><input type="checkbox"/> Implication dans la formation des pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Avantages au sein de la communauté</p> <p><input type="checkbox"/> Exonération de paiement pour les soins de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Distinctions honorifiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser :</p> <p>-----</p>

RESSOURCES HUMAINES

25. Quelle est la densité d'ASC (nombre d'ASC par habitant/ménage) :	a) recommandée au niveau national ? b) effective ?	a) recommandée au niveau national ? b) effective ?
26. Quel est le niveau d'éducation requis pour les ASC ?	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Lecture et calcul au minimum <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation primaire <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation secondaire	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Lecture et calcul au minimum <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation primaire <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation secondaire
27. Concernant la formation des ASC, a) Existe-il un plan de formation de base ? b) Existe-il un plan de recyclage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : - la durée de la formation : Commentaires : - les principaux axes/modules de la formation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : - la durée de la formation : Commentaires : - les principaux axes/modules de la formation :
b) Existe-il un plan de recyclage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez en préciser la fréquence : <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> fois par an <input type="checkbox"/> Tous les ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez en préciser la fréquence : <input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> fois par an <input type="checkbox"/> Tous les ans Commentaires :

RESSOURCES HUMAINES

28. Le taux annuel de déperdition des ASC est-il connu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : -----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : -----
29. Concernant le genre, a) Le ratio femme/homme au sein des ASC est-il connu ? Si le ratio est déséquilibré (exclusivement ou majoritairement masculin/féminin), quelles sont, selon vous, les facteurs dominants qui influencent ce ratio? Selon vous, quels sont, dans votre contexte, les avantages d'ASC masculins ou féminins ? b) La politique de santé communautaire prend-elle en compte les questions liées au genre ? c) Une recherche sur les questions liées au genre des ASC a-t-elle été conduite dans le pays?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : ----- <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser (liés par exemple au recrutement ou aux conditions de travail des ASC) y contribuent selon vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser (référence de l'étude et institutions impliquées dans la recherche) :	

PAQUET DE SERVICES

<p>30. Concernant le paquet de services fournis par les ASC et la couverture géographique des services,</p> <p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p>	<p>Pour chaque catégorie de soins suivante,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veuillez cocher la/les cases correspondant aux services que doivent fournir les ASC (selon la politique ou le document officiel régissant la santé communautaire) - Veuillez préciser la couverture des services <p><u>N.B.</u></p> <p>Mise en œuvre partielle : seulement quelques activités du paquet sont mises en œuvre ou toutes les activités sont mises en œuvre mais seulement dans quelques communautés du district</p> <p>Mise en œuvre totale : toutes les activités du paquet de services sont mises en œuvre dans toutes les communautés du district</p> <p>Il est supposé que la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) est mise en œuvre dans toutes les communautés. Les questions portent donc sur les autres interventions.</p> <p>Les interventions proposées dans les différentes réponses tiennent compte des recommandations de l'OMS/UNICEF et des interventions mises en œuvre dans certains pays. Si, dans votre contexte, d'autres interventions sont mises en œuvre, veuillez le préciser (par exemple, si les recommandations nationales n'associent pas SRO et Zinc pour le traitement de la diarrhée de l'enfant, veuillez le mentionner) ou ajouter tout autre intervention.</p> <p>Nombre total de districts dans le pays :</p>
--	---

PAQUET DE SERVICES

	<p>Grossesse, et soins au nouveau-né (28 jours)</p> <p><input type="checkbox"/> Promotion/sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promotion et référence au centre de santé pour les 4 visites prénatales <input type="checkbox"/> Fer/Acide folique <input type="checkbox"/> Utilisation de MILDA <input type="checkbox"/> PTME/ETME <input type="checkbox"/> Accouchement en présence de personnel qualifié <input type="checkbox"/> Contact peau à peau <input type="checkbox"/> Promotion de la méthode <i>mère kangourou</i> au niveau communautaire <input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif et précoce <input type="checkbox"/> Contraception post-partum <input type="checkbox"/> Enregistrement des naissances <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Développement de la petite enfance (participation active de l'ASC par des jeux, chansons, massages, etc.) <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : <p><input type="checkbox"/> Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assistance lors d'accouchement à domicile en présence de personnel qualifié <input type="checkbox"/> Administration de misoprostol en prévention d'une hémorragie post-partum <input type="checkbox"/> Visites à domicile après l'accouchement (24h-72h-7j) <input type="checkbox"/> Soins du cordon <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par séchage naturel <input type="checkbox"/> avec utilisation de Chlorhexidine <input type="checkbox"/> Suivi du poids du nouveau-né <input type="checkbox"/> Suivi de la température du nouveau-né <input type="checkbox"/> Méthode <i>mère kangourou</i> au niveau communautaire <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> initiation <input type="checkbox"/> support <input type="checkbox"/> Recherche des signes de danger pour la mère et l'enfant et référence <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
--	---	---

PAQUET DE SERVICES

	<p>Enfant de moins de 5 ans/iCCM</p> <p><input type="checkbox"/> Promotion/sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Suivi du carnet vaccinal <input type="checkbox"/> Education nutritionnelle <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et allaitement maternel jusqu'à 2 ans <input type="checkbox"/> Alimentation du jeune enfant <input type="checkbox"/> Utilisation de moustiquaire <input type="checkbox"/> Développement de la petite enfance (simple activité promotionnelle) <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : <p><input type="checkbox"/> Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Distribution de vitamine A - albendazole/mebendazole <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lors des campagnes <input type="checkbox"/> en routine <input type="checkbox"/> Suivi de croissance <input type="checkbox"/> Dépistage de la malnutrition (MUAC) et référence <input type="checkbox"/> Distribution de micronutriments multiples en poudre (MNP) <input type="checkbox"/> Recherche des signes de danger et référence <input type="checkbox"/> Développement de la petite enfance (participation active de l'ASC par des jeux, chansons, massages, etc.) <input type="checkbox"/> Services de protection de l'enfance <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : <p><input type="checkbox"/> Activités curatives</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prise en charge de la fièvre (paracétamol) <input type="checkbox"/> Prise en charge de la diarrhée (SRO et Zn) <input type="checkbox"/> Prise en charge de la pneumonie (amoxicilline) <input type="checkbox"/> Prise en charge du paludisme (TDR et CTA) <input type="checkbox"/> Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (amoxicilline et ATPE) <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
--	---	---

PAQUET DE SERVICES

	<p>Adolescent (e)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prévention des grossesses précoces <input type="checkbox"/> Hygiène menstruelle <input type="checkbox"/> Prévention des mariages précoces <input type="checkbox"/> Vaccination HPV <input type="checkbox"/> Fer/Acide folique <input type="checkbox"/> Education nutritionnelle <input type="checkbox"/> Prévention VIH <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
	<p>Planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Counseling et référence <input type="checkbox"/> Distribution de contraceptifs <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> préservatifs <input type="checkbox"/> contraceptifs oraux <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> offre initiale <input type="checkbox"/> renouvellement <input type="checkbox"/> contraceptifs injectables <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> offre initiale <input type="checkbox"/> renouvellement <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
<p>VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Education et prévention <input type="checkbox"/> Counseling pour l'adhérence au traitement <input type="checkbox"/> Sensibilisation sur la stigmatisation et les discriminations <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts

PAQUET DE SERVICES

	<p><u>Tuberculose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sensibilisation/éducation de la communauté <input type="checkbox"/> Visites à domicile <input type="checkbox"/> Détection et orientation des cas suspects <input type="checkbox"/> Recherche et orientation des contacts des cas positifs <input type="checkbox"/> Traitement Directement Observé (TDO) <input type="checkbox"/> Suivi du respect des rendez-vous de contrôle <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
	<p><u>Surveillance à base communautaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Choléra <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Fièvres hémorragiques virales (y compris Maladie à Virus Ebola) <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Fièvre jaune <input type="checkbox"/> Tétanos néonatal <input type="checkbox"/> Ver de Guinée <input type="checkbox"/> Lèpre <input type="checkbox"/> Décès maternels <input type="checkbox"/> Décès néonataux <input type="checkbox"/> Cas de décès regroupés <input type="checkbox"/> Tout cas suspect, événement inhabituel ou rumeur circulant dans la communauté <input type="checkbox"/> Autre – Préciser : <p>Veillez décrire brièvement les mécanismes d'alerte mis en place :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre partielle dans ----- districts • Mise en œuvre totale dans ----- districts
	<p><u>Autres activités – Veuillez préciser, ainsi que le groupe d'âge qui en bénéficie :</u></p>	

ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ

31. Existe-t-il une stratégie pour l'engagement communautaire ?	<input type="checkbox"/> Oui, dans la politique/stratégie de santé communautaire <input type="checkbox"/> Oui, dans la politique de santé <input type="checkbox"/> Oui, dans la politique relative aux interventions à base communautaire <input type="checkbox"/> Non, il n'existe aucune stratégie <input type="checkbox"/> Autre - Préciser :
32. Existe-t-il un cadre et une structure de redevabilité pour tous les niveaux impliqués ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser :
33. Les communautés ont-elles la possibilité :	<input type="checkbox"/> d'exercer leur leadership <input type="checkbox"/> de s'impliquer dans le planning, monitoring, et l'évaluation des interventions <input type="checkbox"/> de résoudre les problèmes au niveau local <input type="checkbox"/> de mobiliser des ressources <input type="checkbox"/> Autre - Préciser :
34. Veuillez décrire le lien existant entre le Ministère de la Santé et la gouvernance locale	
35. La politique de santé communautaire et/ou le plan de communication mentionnent-ils :	a) les volontaires autres que les ASC (par exemple les volontaires de la Croix Rouge nationale) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) les centres de santé communautaires ou structures à base communautaire (Escom, CESCO, Cases de santé, etc.) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser le nom de telles structures dans le pays : c) les organisations de la société civile ou réseaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT

<p>36. Existe-t-il un plan d'approvisionnement :</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <p>a) Ce plan d'approvisionnement intègre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les médicaments utiles à la prise en charge des maladies traitées au niveau communautaire <input type="checkbox"/> les équipements/matériel nécessaires <input type="checkbox"/> les outils de communication <p>b) L'approvisionnement communautaire des médicaments et des intrants est-il intégré au circuit national d'approvisionnement ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Le système en place est-il efficace ?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) Quels sont les défis rencontrés pour l'approvisionnement communautaire ?</p> <p>e) Quelles solutions pourraient être apportées ?</p>
--	--

PRESTATION DE SERVICES ET RÉFÉRENCE

37. Les ASC ont-ils accès à des outils (manuels de formation, etc.) appropriés pour l'évaluation clinique, le diagnostic, la gestion et la référence des cas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
38. Quel est le mode de référence pour la santé communautaire :	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Ecrit <input type="checkbox"/> Accompagnement du malade <input type="checkbox"/> Autre – Préciser :
39. Existe-t-il un mécanisme de contre-référence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser :
40. Les cas référés sont-ils mentionnés dans les rapports des ASC ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SUPERVISION ET ASSURANCE QUALITÉ DES RÉSULTATS

41. Existe-t-il un plan de supervision des ASC ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
42. Quel est le ratio supervisés/superviseur ?	_____
43. Qui supervise les ASC?	<p><input type="checkbox"/> Formation sanitaire</p> <p>Veillez préciser quels professionnels de santé de la structure :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Comité de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Superviseur communautaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Préciser :</p>
44. Quelle est la formation reçue par les superviseurs ?	<p>Veillez préciser la durée de la formation :</p> <p><input type="checkbox"/> _____ jours</p> <p><input type="checkbox"/> _____ mois</p> <p>Veillez brièvement décrire le contenu de la formation :</p>

SUPERVISION ET ASSURANCE QUALITÉ DES RÉSULTATS

45. Des outils de supervision spécifiques à la santé communautaire sont-ils utilisés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
46. Les ressources (véhicules, carburant, etc.) nécessaires pour une supervision et une amélioration des compétences efficaces sont-elles disponibles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentaires :
47. A quelle fréquence les ASC doivent-ils soumettre un rapport ?	<input type="checkbox"/> Aucun rapport <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Autre – Préciser :

SUIVI, ÉVALUATION ET SYSTÈME D'INFORMATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

<p>48. Un système de suivi complet intégrant toutes les composantes de la santé communautaire est-il mis en œuvre ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, ce système comporte-t-il :</p> <p>a) des indicateurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) des données de référence (indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) les résultats attendus (objectif chiffré, échéance précise) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) un mécanisme clair et détaillé (outils, fréquence et niveau de collecte des indicateurs) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e) les moyens d'utilisation de l'information ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>49. Les données issues du niveau communautaire sont-elles intégrées dans le système national d'information sanitaire ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, les données sont-elles :</p> <p><input type="checkbox"/> désagrégées jusqu'au bout du système national d'information sanitaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> amalgamées aux données des postes/centres de santé ?</p> <p>Commentaires :</p>
<p>50. Qui consolide les données issues du niveau communautaire ?</p>	

SUIVI, ÉVALUATION ET SYSTÈME D'INFORMATION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

<p>51. Quel est le moyen de transmission des données du niveau communautaire ?</p>	<p><input type="checkbox"/> papier <input type="checkbox"/> digital Si digital, veuillez préciser :</p> <p>a) A quelle échelle ce procédé est mis en place :</p> <p>b) Quelle est la technologie utilisée :</p>
<p>52. Un plan de recherche opérationnelle est-il défini ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, veuillez préciser, en indiquant les objectifs et institutions impliquées, et en incluant les recherches en cours :</p>



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA



unicef 

