

**Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique**

-----  
**Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako**

-----  
**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

-----  
**DER de Santé Publique et Spécialités**

N° ..... DERSP/FMOS/USTTB

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi**



# Mémoire

**Master en Santé Publique  
Option : Santé communautaire  
Année Universitaire 2016 - 2017**

**EVALUATION DES SOINS ESSENTIELS EN  
COMMUNAUTE OFFERTS PAR LES AGENTS DE SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE L'AIRE DE SANTE DE  
YIRIMADIO.**

**Présenté et soutenu le**

**Par : Hamed DIALLO apprenant M2**

**Président : Pr Akory Ag Iknane**

**Membre : Dr Cheick Abdou COULIBALY**

**Directeur : Dr Kassoum KAYENTAO**

**M  
a  
s  
t  
e  
r  
e  
n  
S  
a  
n  
t  
é  
P  
u  
b  
l  
i  
c  
u  
e**

## Remerciements :

J'adresse mes sincères et profonds remerciements :

- ✚ Au DIEU tout puissant pour nous avoir permis de voir ce jour ;
- ✚ A notre PROPHETE (PSL), je vous rends grâce de m'avoir permis d'accomplir ce noble travail selon la volonté de Dieu.
- ✚ A mon père Noumoucounda Diallo pour ses sages conseils malgré son âge
- ✚ A mes mères : feue Maimouna Dansira et Fanta Dansira, merci pour tout
- ✚ A ma famille : mon épouse Maimouna Sissoko ainsi qu'à mes enfants pour leurs soutiens surtout moraux.
- ✚ A mon Directeur de Mémoire Dr Kassoum KAYENTAO, PhD, épidémiologiste, merci de m'avoir accepté ; j'ai été touché par votre rigueur scientifique, votre encadrement de qualité et votre accompagnement tout au long de ce travail,
- ✚ A Dr Sinayoko Kadiatou TOURE Médecin chef du centre de santé de Référence CVI
- ✚ Dr Dicko Abdoul Razak, MD, PH Santé communautaire d'avoir accepté de m'encadrer, merci pour votre disponibilité,
- ✚ Aux Dr Diassana Hawa KONE et Dr Sissoko Mama SY KONAKE pour leur appui financier.
- ✚ Au Médecin Directeur du CSCOM de Yirimadio Dr CISSE Ibrahim pour son soutien moral et financier
- ✚ Tout le personnel de l'ASACROYIR pour votre soutien et accompagnement, grâce auxquels ce travail a pu être réalisé.
- ✚ A l'ensemble des enseignants et personnel de soutien du DERSP pour la qualité de leur enseignement et le service rendu ;
- ✚ A tous mes aînés des promotions précédentes pour leurs conseils et leur appui pour ma formation
- ✚ A tous mes collègues de la cinquième promotion pour leur esprit d'équipe et de partage.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ASC** : Agent de santé communautaire

**ATR** : Accoucheuse traditionnelle recyclée

**CPN** : Consultation Périnatale

**CSCOM** : centre de santé communautaire

**CSRéf** : Centre de santé de référence

**CTA** : Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

**DBC** : Distribution à base communautaire

**DNS** : Direction nationale de la santé

**DRS** : Direction régionale de la santé

**EDSM** : Enquête démographique et de santé du Mali

**FAP** : Femme en Age de Procréer

**IRA** : Infection respiratoire aigue

**JNV** : Journées nationales de vaccination

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**RMA** : Rapport mensuel d'activités

**RTA** : Rapport trimestriel d'activités

**SEC** : Soins essentiels dans la communauté

**SIAN** : Semaine d'intensification des actions de nutrition

**SLIS** : Système local d'information sanitaire

**SRO** : Sel de réhydratation oral

**SSN** : Soins Simples au Nouveau-né

**TDR** : Test de diagnostic rapide

**URENAM** : Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire modérée

**VAD** : Visite à Domicile

## Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS.....	4
III. LA QUESTION DE RECHERCHE .....	4
IV. L’HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	4
V. LA METHODOLOGIE.....	5
VI. RESULTATS .....	19
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	25
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	29
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	30

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1: Femmes enceintes référées au CSCOM pour CPN par les ASC</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 2: Répartition des tests de grossesses réalisés par les ASC en fonction du resultat</b>	<b>20</b>
<b>Tableau 3: Répartition de la planification familiale dans l'aire de santé</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 4: Femmes en travail référées/accompagnées au CSCOM par les ASC pour accouchement</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 5: Enfants envoyés/accompagnés par les ASC en consultation curative au CSCOM</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 6: Temps d'évaluation des enfants après le début de leur maladie par les ASC</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 7: Répartition des enfants diagnostiqués pour malnutrition aigue</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 8: Repartition des enfants en fonction du resultat du depistage du paludisme</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Tableau 9: Cas d'Infections Respiratoires Aigües (IRA) pris en charge par les ASC</b>	Erreur ! Signet non défini.

## Liste des figures :

<b>Figure 1: carte sanitaire de la commune VI.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Figure 2: cadre conceptuel en relation avec l'offre des soins à Yirimadio.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Figure 3: Répartition des enfants atteints de Paludisme dépistés par les ASC selon le type de paludisme .....</b>	<b>23</b>
<b>Figure 4: Cas de diarrhées traités par les ASC.....</b>	Erreur ! Signet non défini.

## Résumé

**Introduction :** La mise en place des agents de santé communautaire (ASC) a permis le rapprochement des soins aux communautés et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport des ASC dans l'offre du paquet des soins essentiels dans la communauté au niveau de l'aire de santé de Yirimadio de janvier à décembre 2016.

**Matériels et méthode :** Il s'agissait d'une étude descriptive qui s'est déroulée sur douze (12) mois allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2016. Elle a concerné les cibles du paquet offert par les ASC de l'aire de santé. Les données ont été collectées à partir des supports des ASC et des registres du CSCOM à l'aide d'un questionnaire. Elles ont été ensuite saisies sur le logiciel Excel puis analysées à l'aide du logiciel Epi info 6.

**Résultats :** L'analyse des données a montré que 30,22% des femmes enceintes venues au CSCOM pour la CPN ont été référées/accompagnées par les ASC. Ils ont dépisté 15,74% des grossesses attendues avec les tests de grossesse et adressé 54,15% des contraceptions au CSCOM. Une proportion de 61,74% des accouchements au centre ont été référés par les ASC. Concernant les enfants de 0 à 5 ans reçus en consultation curative au CSCOM, 29,11% ont été référés par les ASC et 57% ont été dépistés malnutris au niveau communautaire. Près de 82% des enfants reçus par les ASC ont été évalués dans les 24 heures du début de leur maladie. Le TDR pour paludisme a été réalisé chez 70,29 % des enfants parmi lesquels 9,57% étaient positifs dont 93% ont été traités et guéris au niveau communautaire. Les cas de diarrhée et d'infection respiratoire aigüe dépistés ont été traités et guéris respectivement dans 87,39 % et 88,95% dans la communauté.

**Conclusion :** Malgré quelques difficultés dans la collecte des données, nous restons convaincus au vu des résultats obtenus (augmentation de la demande et de la qualité des services offerts par les ASC), qu'avec l'implication effective de tous les acteurs, les soins essentiels dans la communauté restent un moyen sûr pour réduire le taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile dans l'aire de santé de Yirimadio.

**Mots clés :** Agent de santé communautaire ; soins essentiels dans la communauté ; Yirimadio.

## **Abstract**

**Introduction:** The implementation of the agents of community health (ASC) allowed the link(merger) of the care communities and to reduce the maternal and infantile mortality. The objective of this study is to estimate the contribution of the ASC in the offer of the package of the essential care in the community at the level of the area of health of Yirimadio from January till December, 2016.

**Materials and methods:** It was a descriptive study which took place for a period of twelve (12) month going from January 1st till December 31st, 2016. It covered all the targets of the package offered by the community health workers in the health area. The data were collected from community health workers' materials and ComHC registries using a questionnaire. They were then entered into the Excel software and analyzed using Epi info 6.

**Results:** Analysis of the data revealed that 30.22% of pregnant women who came to the ComHC for NPC were referred or accompanied by AUCs. 15.74% of expected pregnancies were detected early with AUC pregnancy tests for 9.19% of contraceptive use. 61.74% of deliveries at the centre were referred by the CHWs. For children aged 0 to 5 years old received in curative consultations at the ComHC, 29.11% were referred by the CSA. 57% of malnourished children screened for malnutrition were made at the community level.

Nearly 82% of children received by CSAs were assessed within 24 hours of the onset of their illness. Of the 70.29% of children tested for malaria by the Rapid Diagnostic Test (RDT), 9.57% were positive, of which 93% were treated and cured at the community level. Cases of diarrhea and acute respiratory infection were treated and cured in the community at 87.39% and 88.95% respectively.

**Conclusion:** Despite some difficulties in the collection of the data, we continue to believe in the light of the results obtained (increase in demand and the quality of the services offered by the CSA), that with the actual implication of all the actors, the essential care in the community remain a sure way to reduce the mortality rate maternal, neonatal and infantile in the area of health of Yirimadio.

**Key words:** community health worker; community essential care ; Yirimadio.

## I. INTRODUCTION :

Selon l'OMS, 57 pays d'Afrique et d'Asie sont confrontés à un manque de personnel de santé et on estime qu'il faudrait environ 4 250 000 agents pour combler ce déficit. Les ASC jouent un rôle important dans la liaison entre les communautés et les services de santé depuis plus de 50 ans (OMS 2006). L'importance des ASC dans les systèmes de santé est de plus en plus reconnue car les pouvoirs publics ne sont pas en mesure de former suffisamment d'agents de santé pour répondre à leurs besoins, alors que dans le même temps, les effectifs sont en train de diminuer à cause de l'émigration, des maladies liées au VIH et d'infrastructures inadéquates. En assurant des services de santé élémentaires, les ASC permettent aux prestataires de soins qualifiés de se libérer pour assurer des soins les plus complexes. Malgré ces prestations des ASC, il n'y a pas eu d'approche systématique pour l'évaluation de l'efficacité des programmes d'ASC. Les pays à ressources limitées dans lesquels les maladies représentent un lourd fardeau, sont souvent confrontés à un manque de ressources humaines pour délivrer une prise en charge de qualité. Après l'obtention de leur diplôme, nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) quittent leur pays pour des positions plus attractives, principalement en Europe, aux États-Unis ou en Australie [1]. Ceux qui restent travaillent souvent dans des conditions difficiles engendrant une perte de productivité. Par ailleurs, on observe une grande disparité dans la répartition géographique des professionnels de santé : les zones rurales sont particulièrement délaissées avec 5/10000 habitants (OMS Mali). Par conséquent, même lorsque des ressources humaines s'avèrent disponibles (en zone urbaine), elles ne sont pas forcément utilisées de façon optimale (Bamako : 11.5 pour 10000 habitants selon l'annuaire SLIS 2014).

Dans ce contexte, l'appui de la communauté et la délégation des tâches à des agents de santé communautaire (ASC) sont essentiels pour relever les défis de la prise en charge des malades dans les pays à ressources limitées [1]. En outre, les membres de la communauté participent ainsi aux soins et au système de santé et contribuent au développement de la « démocratie sanitaire ». Le concept d'ASC n'est pas nouveau : depuis plusieurs décennies, des programmes de santé impliquent les communautés. La déclaration de la conférence d'Alma-Ata en 1978 mettait en avant l'importance de la participation communautaire pour les soins de santé primaires, comme un moyen de réduire les inégalités en santé. L'environnement général de la santé publique au niveau international a connu un changement radical avec la réforme du secteur de la santé et la décentralisation. Les administrations locales ont une autonomie et une autorité accrues pour développer et financer les solutions appropriées aux problèmes de santé



de leurs localités. Dans les programmes de survie de l'enfant, l'approche de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est en train de changer la façon dont les enfants malades sont pris en charge et l'organisation des services de santé. Ces changements considérables créent de nouvelles opportunités pour les programmes utilisant des agents de santé communautaire, et le moment est crucial pour examiner l'expérience du passé et tirer des leçons pour l'avenir. [2].

Les différents programmes ont souffert de nombreuses contraintes, liées à la formation des ASC, leur supervision, l'absence de rémunération, les problèmes d'équipements ou encore l'opposition des professionnels de santé. Par ailleurs, la récession économique des années 1980 a participé à l'effondrement des programmes impliquant des ASC [3].

Le Mali depuis l'adoption et la mise en œuvre de la Politique sectorielle de Santé et de Population en Décembre 1990, a connu des avancées notables dans le rapprochement des soins aux populations et l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, la croissance de la population au Mali est de loin supérieure à la capacité des pouvoirs publics d'étendre l'offre des services conventionnels de santé (Préventif et curatif) à l'ensemble de la population surtout en milieu rural qui est la cible principale de l'orientation de la politique. Presque 50% et 30% de la population du Mali vit respectivement au-delà de 5 km et 15 km d'une formation sanitaire [4]. Les agents de santé existants ne peuvent pas à eux seuls couvrir de façon adéquate toute la population du territoire national à cause de leur insuffisance et de la mauvaise répartition de l'existant. En outre, les expériences d'autres pays africains (Ethiopie, Sénégal, Madagascar, etc....) et asiatiques (Chine, Népal,) montrent que les agents communautaires peuvent contribuer à l'augmentation de la couverture, et améliorer l'accès aux services préventifs telles que la distribution des contraceptifs et la promotion des pratiques familiales essentiels (PFE), ainsi que des services curatifs comme la prise en charge des pathologies simples (fièvre, la diarrhée, et IRA) [4].

Le relais communautaire au Mali, jouent un rôle capital dans la mise en œuvre des programmes de santé.

Il existe plusieurs types d'agents/relais, selon les tâches qu'ils doivent mener, allant de la promotion, de la communication pour le changement de comportement, en passant par l'appui aux diverses campagnes de masse organisées depuis plusieurs années déjà (JNV, SIAN) et pour les besoins des programmes nationaux (onchocercose, ver de guinée, schistosomiase etc. ...). Ils portent également diverses appellations (distributeur d'Ivermectine, d'azithromycine,

d'albendazole, de praziquantel ; agent DBC, ATR, relais communautaire, gérant de Caisse Pharmaceutique villageoise, agent de ver de guinée, nutrition, etc....). Celui répondant des services de santé au niveau village a besoin d'être situé dans son contexte d'interface entre les professionnels de la santé et les populations villageoises, d'où la nécessité d'une certaine harmonisation des approches [4].

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le (CSCOM), le second niveau est le CSREF, le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. On compte aujourd'hui mille cent quarante-huit (1148) CSCOM. La gestion de ces centres est assurée par des ASACO et plus précisément par l'organe de gestion qui est le comité de gestion.

La mise en œuvre de la décentralisation à partir de 1994 a mis souvent en cause la carte sanitaire élaborée et créé des problèmes qui interpellent les populations, les Élus et les techniciens de la santé.

Des résultats importants dans le rapprochement des soins aux populations ont été atteints, cependant, la croissance de la population du Mali est telle que les agents de santé existants ne peuvent pas à eux seuls couvrir de façon adéquate toute la population du territoire national [5].

Le cas de Yirimadio est venu dans un contexte d'expérimentation d'un nouveau modèle d'ASC qui consistait d'une part à lever les barrières financières qui entravaient la fréquentation du centre par une couche de la communauté, et d'autre part de payer les salaires des ASC conformément au SMIG avec contrats et les avantages y afférents.

Depuis 2009 les ASC ont commencé à travailler dans la communauté de Yirimadio. Cependant, aucune étude n'a été conduite pour évaluer leur apport dans l'offre des soins. Il nous a paru opportun d'évaluer les activités des ASC conformément au paquet SEC de la politique nationale du pays.

## II. OBJECTIFS

**1. Objectif général :** Evaluer les activités des ASC par rapport à la santé maternelle et infantile dans la communauté de l'aire de santé de Yirimadio de janvier à décembre 2016.

### 2. Objectifs Spécifiques :

1. Déterminer le nombre de consultations prénatales, de planning familial référés par les ASC au CSCOM de Yirimadio
2. Déterminer le pourcentage de grossesses dépistées au sein de la communauté par les ASC
3. Déterminer le nombre de femmes en travail référées par les ASC au CSCOM de Yirimadio pour accouchement.
4. Déterminer le nombre d'enfants dépistés et traités pour Paludisme, diarrhée, infection respiratoire aigüe et malnutrition aigüe modérée par les ASC au niveau de la communauté de Yirimadio.

## III. LA QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la contribution des ASC dans l'offre de soins au niveau communautaire dans l'aire de santé de Yirimadio ?

## IV. L'HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les ASC pourraient contribuer à l'amélioration de l'offre des soins à Yirimadio.

# V. LA METHODOLOGIE

## 1. Cadre d'étude

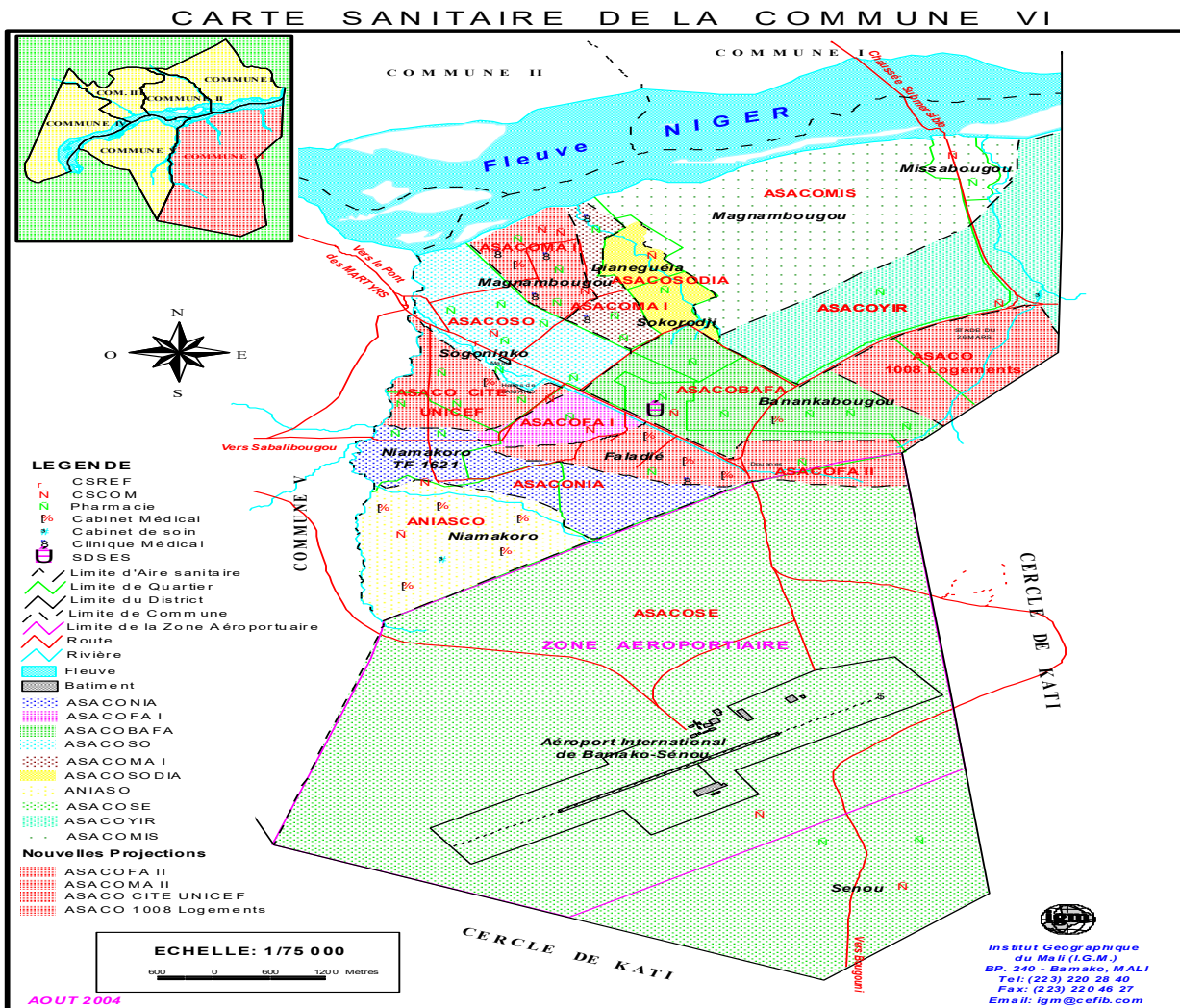


Figure1 : Carte sanitaire de la commune VI

### **1.1. Présentation sommaire de Yirimadio :**

Le quartier de Yirimadio est situé à l'extrémité Est de la commune VI du district de Bamako, il est l'un des dix (10) quartiers de cette commune.

### **1.2. Historique :**

Dans l'histoire, Yirimadio existe depuis le temps de Maridié Niaré (premier chef de village de Bamako). Les fondateurs sont venus de Mouroudhja dans le cercle de Nara : ce sont les Diarra du Village. Il y a trois (03) familles qui composent Yirimadio, la chefferie est tenue par les Diarra. Plus tard ce fut la cohabitation avec les Traoré puis les Coulibaly. De sa création à nos jours une dizaine de chefs de village se sont succédé dont le premier fut Demba Diarra. Après lui, ce fut le tour de Dosson Diarra, Samory Diarra, Namissa Diarra, Saado Diarra, Siriman Diarra, Noumery Diarra décédé en Mai 1986, Négouéssé Diarra qui est décédé après 9 mois en Décembre 1986, Lassana Dotié Diarra de 1987 à 2006 et Youba Diarra de 2006 à 2013 et depuis 2014 il est dirigé par Ntô Diarra

### **1.3. Situation Géographique :** Avec une superficie de 350 hectares, Yirimadio est limité :

- A l'Est par le village de Niamana ;
- Au Nord par Missabougou ;
- Au Sud par le village de Sirakoro Méguetana ;
- A l'Ouest par Banankabougou Faladié

### **1.4. Relief :**

Yirimadio est situé dans une cuvette entourée par un chaînon de colline : au Nord Koulouba ; au Sud Douba koulou ; à l'Ouest Fama koulouni et à l'Est Niama koulou.

### **1.5. : Hydrographie :**

Le village est traversé par un ravin qui draine les eaux hivernales au fleuve Niger.

### **1.6. Climat :**

Le climat est de type soudanais caractérisé par une saison de pluie (Juin- Septembre) et une saison sèche (Octobre- Mai).

### **1.7. Caractéristique démographique :**

La population qui était de 67337 habitants en 2016, est composée de plusieurs ethnies (Bambara, Peulhs, Sonrhäi, Dogon, Sarakolé, Senoufo, Mianka, Bobo).

### **1.8. Activités économiques :**

Les activités menées par cette population sont, l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

### **1.9. Religion :**

Les religions pratiquées sont, l'Islam (avec 15 Mosquées) le Christianisme (2 Eglises) et l'Animisme.

### **1.10. Education :**

Yirimadio abrite plusieurs établissements d'enseignement primaire, secondaire, professionnel et l'Institut National de la Jeunesse et des Sport(INJS) au Stade du 26 Mars.

### **1.11. Partenaires au développement :**

- **G I E :**

Il y a deux groupements d'intérêt économique (**Faso Damé et Sininyèsigui**) qui s'occupent de la salubrité et du transport des déchets biomédicaux.

- **ONG :**

-**World Vision** qui donne un appui en matériel informatique et en médicaments pour les enfants nés de parents indigents.

-**Muso Iadamunen** qui appuie dans la lutte contre le Paludisme.

- **Action contre la faim(ACF)**

- **DEMESSO** de France

### 1.12. **Infrastructures Sanitaires** :

- Hôpital du Mali
- **Centres de santé communautaires**

Il y a deux CSCOM :

ASACOYIR

ASACOCY

- **Centres de santé privés** :

Il y en a dix principaux à Yirimadio.

## 2. **Genèse des ASC**

### 2.1. **PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ASC**

Le processus de recrutement des ASC passe par plusieurs étapes :

- **Apparition d'un besoin organisationnel**
- **Analyse précise du besoin en recrutement**
- **Recherche de Candidats (réception des candidatures)**
- **Phase de sélection/étapes**
- **Finalisation du recrutement ou phase de sélection finale**

#### A) **Critères de choix des ASC**

Les critères de sélection sont les suivants dans le cadre du Projet Muso :

- Savoir parler, lire et écrire en langue locale ou toute autre langue est souhaitable

- Etre issu du milieu
- Etre choisi par la population
- Etre disponible et engagé
- Avoir une expérience en mobilisation sociale (anciens relais, organisateurs, leaders etc....)
- Ne pas cumuler les fonctions de plusieurs programmes de développement
- Etre volontaire et accepter le bénévolat
- Avoir une source de revenus assurée
- Etre homme/femme expérimenté(e)
- Etre crédible (honnête, respectueux, sociable, tolérant).

## **B) PROCESSUS DE SELECTION ET DE FORMATION DES POTENTIELS ASC ET ASC SOUTENUS PAR L'ONG MUSO**

L'ONG Muso est une organisation à but humanitaire œuvrant au Mali pour la promotion du droit universel à la santé dans le monde. Elle contribue à l'accès aux soins de santé pour tous, c'est pourquoi elle s'est engagée à jamais à promouvoir ce droit à travers le développement des systèmes de soins sanitaires innovateurs. La mission de Muso est d'éliminer les décès liés à des maladies guérissables dans les communautés les plus vulnérables au Mali en particulier et dans le monde en général à travers le déblocage des barrières d'accès aux soins de santé.

Ce processus s'articule autour de trois axes principaux :

- La présélection de potentiels ASC
- La formation
- Sélection définitive

### ➤ **La présélection de potentiels ASC**

Cette étape est effectuée par un comité composé, des membres de l'ASACO/CSCOM et de Muso.



Des critères de présélection sur dossiers sont :

- Etre disposé pour faire le travail ;
- Provenir de la zone pour laquelle vous avez postulé et ou être disposé à aller travailler là-bas ;
- Savoir lire et écrire dans la langue du travail
- Avoir un âge compris entre 18 ans et 45 ans.

Suite à cette sélection sur dossier un test écrit et où un entretien est organisé pour permettre le choix de potentiels ASC qui suivront une formation initiale de 36 jours ouvrables.

Ce nombre est largement supérieur à la demande afin d'avoir à l'issue de cette formation un choix à faire.

➤ **La formation :**

Nous pouvons classer cette formation dans sa globalité à trois (03) niveaux qui sont : La formation initiale avant la sélection définitive et le déploiement des ASC, les formations de renforcement de capacité et les formations continues après le déploiement des ASC sur terrain.

- **La formation initiale de potentiels ASC :**

La formation initiale dure 36 jours ouvrables. Et se déroule comme suit :

- 6 jours sur 7 jours de la semaine ;
- Une pause d'une semaine à partir de la 3eme semaine de la formation.
- 2 groupes de formateurs issus des CSCOM et CSRéf partenaires.

Les objectifs de cette formation :

L'objectif général de cette de formation est d'initier les participants (potentiels ASC) sur le paquet de soins offert par les ASC de nos sites d'intervention.

Plus spécifiquement il s'agit de :

- Imprégner les potentiels ASC sur les notions de droits humains, de droit à la santé, la justice sociale et d'équité ;
- Imprégner les potentiels ASC sur l'approche et le modèle de santé de Muso ;
- Présenter les taches, le rôle et les responsabilités des ASC ;
- Décrire et expliquer le protocole d'évaluation et de prise en charge des enfants jusqu'à 5 ans sur le paquet SEC ;
- Décrire et expliquer le protocole d'évaluation et de prise en charge des enfants à partir de 5 ans et des adultes sur le paludisme ;
- Décrire et expliquer le protocole d'intervention des ASC sur les services communautaires de santé de la reproduction (PF et DC communautaire de la grossesse) ;
- Organiser la sélection définitive des ASC et mettre à disposition la liste définitive des ASC.
- Connaître l'utilisation de l'application utilisée par les ASC pour la collecte et la remontée des données.

- **La formation de renforcement de capacité des ASC :**

Cette formation est faite une fois dans l'année et dure environ 6 jours.

Avant chaque formation de renforcement de capacité une expression de besoin est faite par les ASC et superviseurs d'ASC à travers le responsable de la supervision. En fonction des besoins le département formation dégage les objectifs spécifiques à atteindre au cours de ladite formation.

- **La formation continue :**

Comme son nom l'indique cette formation est continue et est assurée par les superviseurs des ASC à travers notre modèle de supervision.

➤ **La sélection définitive :**

Les Critères de sélection (après la formation) sont :

- Maîtrise du protocole de prise en charge.
- Capacité d'écoute active.
- Esprit d'engagement.
- Bonne capacité de communication.
- Participation lors de la formation.
- Comportement au cours de la formation.

**Liste des thèmes abordés lors de la formation initiale :**

- Introduction de l'ONG Muso ;
- Les gestes simples de protection : le lavage des mains au savon, le port et le retrait des gants ;
- La Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant (PCIME) pour les enfants jusqu'à 5 ans pour :le paludisme ; la diarrhée ; la malnutrition ; les Insuffisances Respiratoires Aigües (IRA) ;les soins simples aux nouveau-nés ;Les enfants de 5 ans et les adultes pour : Paludisme.

**Les femmes en âge de procréer pour :**

- Le diagnostic de grossesse et les méthodes de Planification Familiale (PF) ;
- Le suivi communautaire de grossesse ;
- Le suivi communautaire après accouchement ;

## **Les visites à domicile (VAD)**

### **La communication pour le changement sociale de comportement (CCSC).**

#### **2.2. Le paquet de l'agent de santé communautaire (ASC)[6].;**

Il comprend :

- la promotion de la communication pour le changement social et de comportement (CCSC);
- la promotion de l'hygiène et la salubrité publique;
- la promotion pour le suivi de la croissance et les conseils nutritionnels adéquats, dépistage, référence et suivi de la malnutrition aigue sévère admis en URENAM (enfant dans la bande jaune de Shakir);
- la reconnaissance et la référence en cas de signes de danger chez le Nouveau-Né, l'enfant, la femme enceinte et la femme après l'accouchement ;
- la prise en charge à base communautaire des cas simples de paludisme par les CTA après confirmation par les TDR ; d'infections respiratoires aigües (IRA) par l'Amoxicilline ou le Balembo sirop ; la diarrhée par SRO et Zinc, la malnutrition aigüe modérée par les farines enrichies et autres médicaments approuvées ;
- les Soins Simples au Nouveau-né au cours des Visites à Domicile (VAD) au premier, troisième et cinquième jour,
- la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits non médicaux et/ou approuvés, des produits contraceptifs y compris l'administration de la méthode injectable (Depo provera)
- la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (SMIR);
- la tenue correcte de supports de données et envoi des RMA au CSCCom ;
- la supervision des relais

**2.3. Liste standard des intrants et équipement pour l'ASC :** kit de communication : Boîte à images, dépliants pour les ménages, matériels de démonstration ; badge ; support de collecte et transmission des données ; supports de gestion des ressources matériels et financières (registre de vente des médicaments, fiches de stock etc) ; cahier de supervision relais ; crayons et bics ; matériels/supports pour PEC des IRA, de la malnutrition, soins post natus ; les SSN et la PF ; armoire ; produits de distribution lors des campagnes de masse ; produits pour la PEC à base communautaire :

- CTA et TDR (enfants de moins de 5 ans)
- Amoxicilline (enfants de moins de 5 ans) SRO, Zinc,
- Farines enrichies et intrants approuvés pour les cas de malnutris modérés
- Contraceptifs : condom, collier, pilules, spermicides et injectables
- Autres médicaments : paracétamol sirop, Artésunate suppositoire,
  - Produits de traitement de l'eau (Aquatabs)
  - Autres matériels : lampe torche, imperméable, bottes etc.

#### **2.4. Motivation des ASC**

La prise en charge de l'ASC peut se faire sous forme de :

- Motivation en nature (produits issus du domaine agro pastoral, prestation de service pour travaux champêtres etc.)
- Indemnités (payées au moment des formations, campagnes, réunions)
- Consultations gratuites
- Prime de performance
- Formation /recyclages

En plus des mécanismes ci-dessus énumérés, une indemnité tenant compte du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est remise mensuellement à l'ASC

## **2.5.Le collecte et rapportage des données :**

Elle se fait à travers le cahier d'activités des ASC, les registres de soins des ASC au niveau du CSCOM

Les thématiques femmes : Numéro des zone, VAD, accouchements, Echo, BPN, CPN, PF/Test de grossesse ;

Les thématiques enfants : non testés, Nombre TDR réalisés ; TDR positif/négatif ; traités avec CTA.

Les thématiques adultes : Non testés, TDR positif/négatif Traités à la maison avec CTA

La collecte des données est hebdomadaire avec leur superviseur, une réunion avec le responsable d'ASC est également hebdomadaire. Le monitoring des activités des ASC est fait avec le superviseur (tous les ASC doivent être suivis dans le mois).

La transmission des données : elle se fait hebdomadairement au responsable d'ASC qui à son tour fait une transmission mensuelle à son supérieur.

### 3. Type et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive effectuée de manière rétrospective sur des données collectées par les ASC et au CSCOM sur une période de douze (12) mois, allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 31 Décembre 2016.

### 4. Population d'étude :

Elle a concerné toutes les populations cibles (enfants de 0-5 ans, femmes en âge de procréer, femmes enceintes) devant recevoir le paquet de soins offert par les agents de santé communautaire dans l'aire de santé.

### 5. Echantillonnage :

#### a) Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

Tous les sujets faisant partie de la cible des personnes prises en charge par les ASC enregistrés dans les supports des agents de santé communautaire et les sujets référés dont les noms figurent dans les registres du CSCOM et/ou dans la base de données du Projet Muso dont les dossiers étaient complets.

#### b) Critère de non inclusion :

N'ont pas été retenus pour l'étude : les sujets faisant partie de la cible dont les dossiers étaient incomplets ou n'étaient enregistrés.

6. Les variables : Les principales variables étudiées ont été la CPN, la référence, le test de grossesse, l'accouchement assisté, la planification familiale, la malnutrition, la diarrhée, paludisme, l'infection respiratoire, le temps d'évaluation de la maladie.

- ✓ CPN : il s'agissait de comptabiliser le nombre de femmes enceintes référées par les ASC pour consultation et ayant été enregistrées au centre de santé avec une fiche de référence,
- ✓ Référence : il s'agissait de compter le nombre d'enfants ou femmes référés au CSCOM ;
- ✓ Le test de grossesse : c'était le nombre de tests réalisés sur les femmes dans la communauté ;
- ✓ Accouchement assisté : il s'agissait du nombre de femmes ayant accouché au centre qui a été envoyé/accompagné par l'ASC

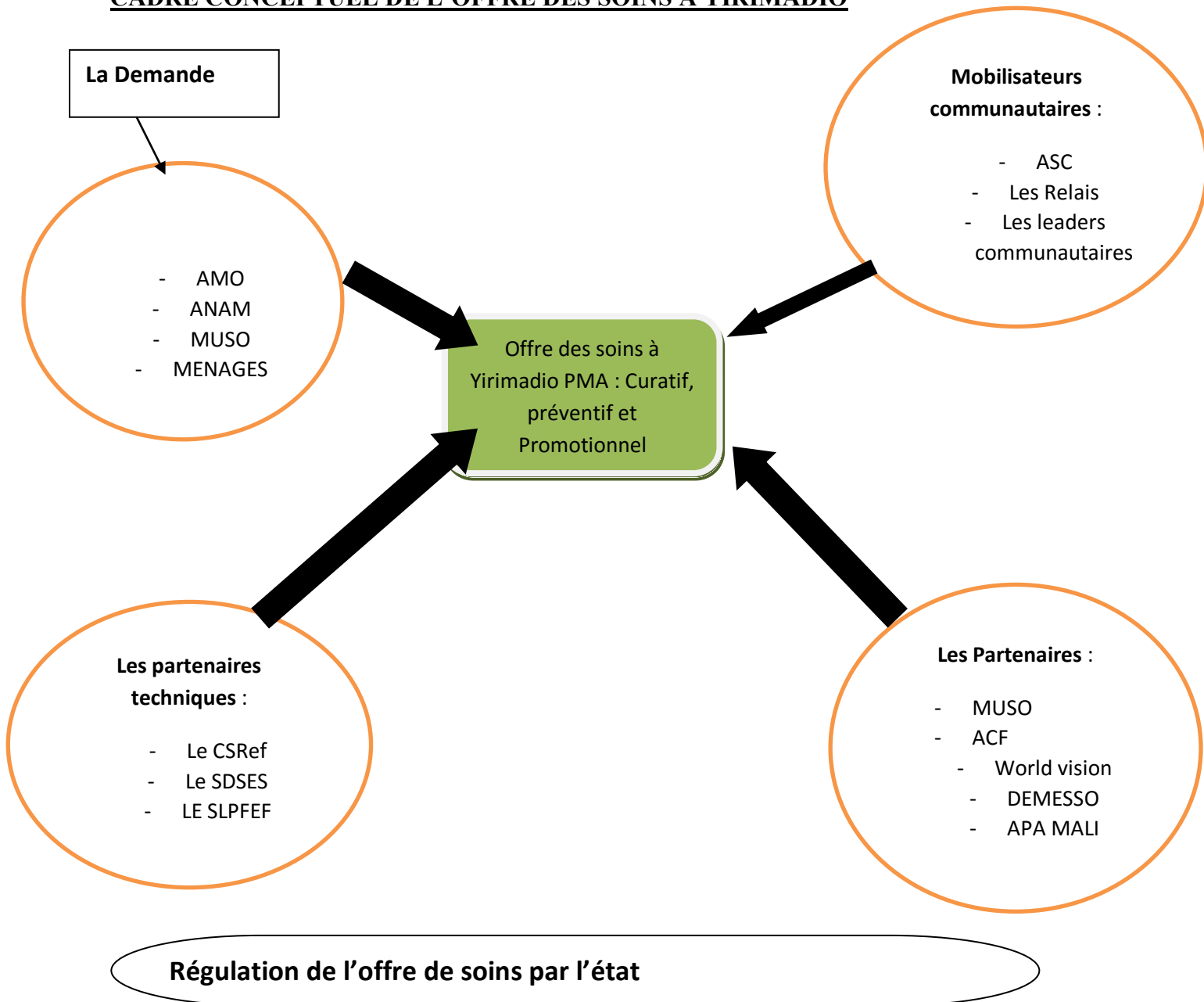
- ✓ La planification familiale : il s'agissait du nombre de femmes (nouveau cas) ayant bénéficié d'une méthode après counseling par l'ASC ;
  - ✓ La malnutrition : c'était le nombre de cas malnutrition aigüe dépistés par les ASC ou le personnel du CSCOM ;
  - ✓ La diarrhée : il s'agissait du nombre de cas de diarrhées simples dépistées/traitées au niveau communautaire
  - ✓ Paludisme : il s'agissait de compter le nombre de cas de paludisme obtenus à travers les tests de diagnostic rapide(TDR), le nombre de cas traités et guéris
  - ✓ IRA : il s'agissait de comptabiliser le nombre d'enfants atteints d'infection respiratoire aigüe et ayant reçu un traitement à travers les ASC ;
  - ✓ Evaluation des enfants : il s'agissait de connaitre le temps écoulé entre le début de la maladie et son évaluation par l'ASC.
7. **La collecte et la saisie des données** : Les données ont été essentiellement collectées à travers les registres d'activités du centre et les rapports d'activités mensuel et trimestriel à l'aide de questionnaire établi à cet effet. Elles ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Excel.

#### 8. **Analyses des données**

L'analyse des données a été réalisée par le logiciel d'analyse épi info 6. Les nombres absolus et proportions ont été utilisés pour l'expression des variables en tableaux et en graphiques.



## CADRE CONCEPTUEL DE L'OFFRE DES SOINS A YIRIMADIO



**Figure 2 :** Cadre Conceptuel en relation avec l'offre des soins à Yirimadio

## VI. RESULTATS

Au cours de la période d'étude, les agents de santé communautaire au nombre de cent cinquante (150) ont réalisé plusieurs activités conformément à leur paquet d'intervention au niveau de la communauté.

### 1. Santé de la reproduction

#### 1.1. Femme vue en consultation prénatale au CSCOM

Tableau 1 : Femmes enceintes référées au CSCOM pour CPN par les ASC

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Référées par ASC	1624	30,22
Non référées par ASC	3750	69,78
<b>Total</b>	5374	100

Les agents de santé communautaire ont eu à référer 1624 femmes enceintes au centre de santé pour consultation prénatale, soit **30,22%** de toutes les CPN réalisées.

## 1.2. Tests de grossesse réalisés par les ASC

**Tableau 1: Répartition des tests de grossesses réalisés par les ASC en fonction du résultat**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Positifs	1248	15,74
Négatif	6680	84,26
<b>Total</b>	<b>7928</b>	<b>100</b>

Les ASC ont pu dépister précocement 1248 grossesses au niveau communautaire, représentant **15,74%** des tests de grossesse réalisés par ceux-ci.

## 1.3. Pratique de la planification familiale dans l'aire de santé

**Tableau 3 : réalisation de la planification familiale dans l'aire de santé**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Au niveau communautaire par ASC	3045	54,15
Au niveau du CSCOM	2578	45,85
<b>Total</b>	<b>5623</b>	<b>100</b>

Les ASC ont réalisé la planification familiale de 3045 femmes soit 54,15%

#### 1.4. Accouchements assistés au centre de santé

**Tableau 4 : Femmes en travail référées/ accompagnées au CSCOM par les ASC pour accouchement**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Référées/ Accompagnées par ASC	2133	<b>61,74</b>
Non référées par ASC	1322	38,26
<b>Total</b>	<b>3455</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des femmes en travail ayant accouché au CSCOM ont été référées par les agents de santé communautaire soit **61,74%**.

## 2. Santé infantile

### 2.1. Enfants reçus par les ASC en consultation curative

**Tableau 5 : Enfants envoyés/ accompagnés par les ASC en consultation curative au CSCOM**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Enfants envoyés/ accompagnés par ASC	8869	<b>29,11</b>
Enfants amenés au CSCOM par leurs parents	21599	70,89
<b>Total</b>	<b>30468</b>	<b>100</b>

**29,11%** des enfants reçus en consultation curative par les agents de santé communautaire.

## 2.2. Enfants évalués après le début de leur maladie par les ASC

Tableau 6 : Temps d'évaluation des enfants après le début de leur maladie par les ASC

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Enfant évalué dans 24h du début de la maladie	12184	<b>81,76</b>
Enfant évalué dans 48h du début de la maladie	2092	14,04
Enfant évalué dans 72h du début de la maladie	627	4,20
<b>Total</b>	<b>14903</b>	<b>100</b>

La majorité des enfants (**81,76%**) reçus par les ASC ont été évalués dans les 24 heures du début de la maladie.

## 2.3. Enfants diagnostiqués pour la malnutrition aigüe par les ASC

Tableau 7 : Répartition des enfants diagnostiqués pour la malnutrition aigüe

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Enfants malnutris aigus dépistés par les ASC	699	<b>57,15</b>
Enfants malnutris aigus dépistés au CSCOM	524	42,85
<b>Total</b>	<b>1223</b>	<b>100</b>

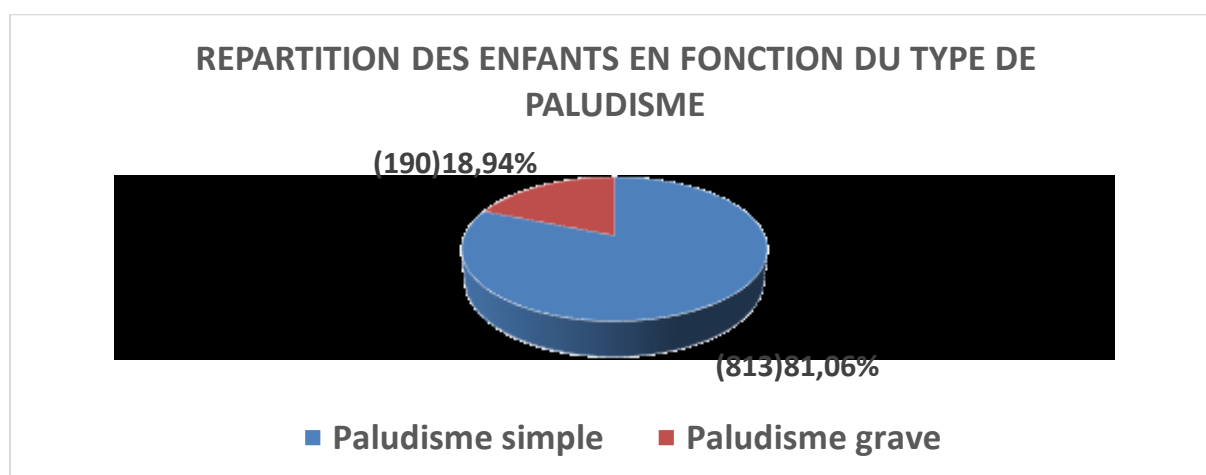
Plus de la moitié des enfants admis pour malnutrition aigüe au CSCOM ont été dépistés par les ASC.

## 2.4. Enfants diagnostiqués et traités pour paludisme par les ASC

**Tableau 8 : Répartition des enfants en fonction du résultat du dépistage du paludisme par les ASC**

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Enfant testé positif avec TDR Paludisme	1003	9,57
Enfant testé Négatif avec TDR Paludisme	9473	90,43
<b>Total</b>	<b>10476</b>	<b>100</b>

Seulement 9,57% des enfants dépistés pour paludisme par les agents de santé communautaire ont été déclarés positifs.

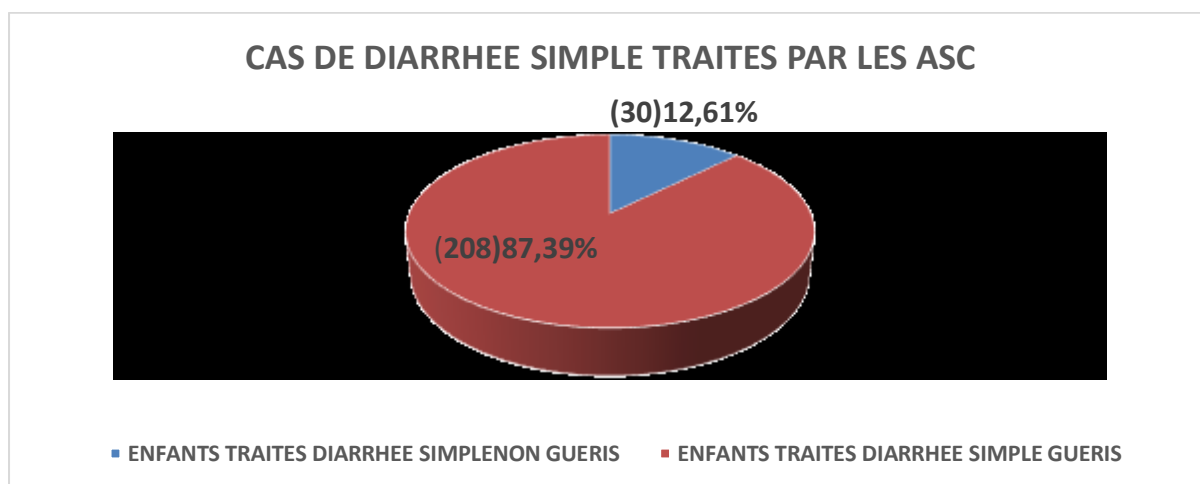


**Figure 3 : Répartition des enfants atteints de paludisme dépistés par les ASC selon le type de paludisme**

La majorité des enfants dépistés soit 81,06 % (813) étaient atteints de paludisme simple. Ils ont été tous traités par les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) administrés par les agents de santé communautaire au niveau communautaire. Les cas graves de paludisme (18,94%) ont été référés directement au CSCOM pour prise en charge. Parmi ceux ayant reçu des CTA, 762 soit **93,70%** ont été guéris et les 6,30% (51) ont été référés au CSCOM pour complications.

## 2.5. Enfants diagnostiqués et traités pour diarrhée simple par les ASC

Parmi les 1258 cas de diarrhée simple dépistés par les ASC, seulement 238 ont accepté le traitement par SRO/Zinc. Parmi ceux-ci traités 208 ont été déclarés guéris soit 87,39%. Les enfants non guéris (12,61%) ont été référés au CSCOM pour une meilleure prise en charge.



**Figure 4 : Cas de diarrhée traités par les ASC**

## 2.6. Enfants diagnostiqués et traités pour infection respiratoire aigüe par les ASC

Au cours de l'année, 4060 cas d'infection respiratoire aigüe ont été dépistés et pris en charge au niveau communautaire par les agents de santé communautaire avec un taux de guérison de 88,94% (3611/4060). Les enfants non guéris ont été référés au CSCOM pour complications

**Tableau 9 : Cas d'infections respiratoires aigües (IRA) prise en charge par les ASC**

Caractéristiques	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
IRA traitées guéries	3611	88,94
IRA traitées non guéries	449	11,06
<b>Total</b>	<b>4060</b>	<b>100</b>

Les ASC ont dépisté et traité 4060 cas d'IRA avec un taux de guérison de **88,94%**.

## VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Au cours de l'année 2016, 5374 consultations prénatales ont été réalisées au CSCOM parmi lesquelles 30,22% avaient été référées par les ASC. Ce nombre important de femmes enceintes référées pour CPN par les ASC s'expliqueraient par le fait qu'au niveau du CSCOM, les frais liés aux CPN des femmes n'ayant pas de ressources pour faire face à leur besoin de santé, ont été pris en charge l'ONG Muso. Ce qui encourageait les femmes à venir se faire consulter.

Il serait également dû au fait que les ASC ont pu dépister précocement, conseiller et accompagner 1248 grossesses soit 15,74% des femmes testées. Cette proportion est supérieure à celle de Tori dans le cercle de Bankass qui a trouvé 7.4%. Il faut cependant signaler qu'à Tori, les données n'étaient pas complètement rapportées lors du premier trimestre de l'année 2016.

Il faut noter néanmoins que le taux de dépistage des grossesses était faible par rapport au nombre de femmes testées. Ce qui laissait à comprendre que les ASC ont besoin de renforcement des capacités par rapport au dépistage des grossesses, pour une gestion efficace des tests mis à leur disposition.

Il ressort que 61,74% des accouchements assistés au centre de santé ont été des femmes qui ont été référées ou accompagnées par les ASC. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, même si les femmes n'ont pas accouché au CSCOM, le suivi post natal de la parturiente et du nouveau-né était toujours assuré par l'ASC et cela était comptabilisé comme un accouchement suivi, c'est pourquoi le nombre d'accouchements suivis par les ASC était supérieur à celui du CSCOM. En effet, les ASC de l'aire de santé de Yirimadio ont été formés dans le suivi post natal des parturientes et du nouveau-né.

Ce résultat est inférieur à celui de Tori dans le cercle de Bankass qui a trouvé 98% et cela s'expliquerait par le fait que tous les accouchements au CSCOM étaient gratuits lorsqu'ils étaient référés par les ASC.



Par rapport à la planification familiale, 3045 femmes en âge de procréer (FAP) ont utilisé une méthode de courte durée (contraceptifs oraux, Depo provera, préservatif) avec les ASC contre 2578 pour le CSCOM soit 54,15% des contraceptions faites pour l'aire de santé. Cette proportion était inférieure à celle de Dr Biéter DEMBELE de Kita a trouvé 87%. Ceci s'expliquerait par le fait que les ASC de Yirimadio venaient d'introduire le PF dans les activités en 2016 tandis que ceux de Kita étaient évaluées sur deux ans d'activités.

Les consultations curatives ont été réalisées en 2016 grâce à l'action combinée des acteurs (personnel, ASC). En effet 29,11% de ces consultations ont été référées ou accompagnées par les ASC. Ce qui pourrait s'expliquer par la vigilance de ces derniers qui reconnaissent les signes de danger des maladies et les réfèreraient rapidement au CSCOM pour éviter les complications. Aussi ce taux de référence s'expliquerait par la prise en charge des frais d'ordonnance des enfants référés par l'ONG Muso. Ce chiffre était supérieur à celui de Tori dans le cercle de Bankass qui a trouvé 11% car l'ONG Muso venait de commencer et les données de janvier à Mars n'étaient pas disponible.

Au cours de leurs activités, les ASC ont eu à évaluer 14903 enfants par rapport à leur état de santé. 81,76% des enfants ont été vus dans les 24 heures du début de leur maladie, 14,04 % dans les 48 heures et seulement 4,20% dans les 72 heures. Ceci pourrait s'expliquer par les visites à domicile (VAD) des ASC et la sensibilisation faite auprès des parents.

Le nombre des enfants référés par les ASC après leur évaluation était de 59,51%. Les 40,49% ont été pris en charge au niveau communautaire soit 6034 enfants. Ce résultat largement inférieur à celui de Tori dans le cercle de Bankass qui était de 11%. Ceci s'expliquerait par le nombre important d'ASC à Yirimadio et la non complétude des données.

Ce résultat dénote encore l'importance de la présence des ASC dans la communauté, puisqu'elle rapproche les soins des populations mais aussi de l'adhésion des populations à

l'approche novatrice. Des actions doivent être menées pour pérenniser cette approche car elle contribue à réduire considérablement les décès maternels et infantiles.

Parmi les 1258 cas de diarrhée simple dépistés par les ASC, seulement 238 ont accepté le traitement par SRO/Zinc soit 18%. Ce résultat était similaire à ceux de Biéter Dembélé et de Tori qui ont trouvé respectivement 21 et 24%.

Parmi ceux-ci traités 208 ont été déclarés guéris soit 87,39%. Les enfants non guéris (12,61%) ont été référés au CSCOM pour une meilleure prise en charge. La plupart des enfants éligibles ont refusé de prendre de SRO à cause de son goût selon les mamans. Le taux de guérison élevé des enfants ayant adhéré au traitement s'expliquerait par la meilleure application de la définition communautaire de la diarrhée et les nombreuses visites à domicile effectuées par les ASC. A noter qu'une marche de deux heures par jour était pratiquée par chaque ASC.

Par rapport au Paludisme, 70,30% des enfants évalués ont été testés pour paludisme avec le test de diagnostic rapide (TDR) contre 66% à Tori. Parmi ceux-ci, 1003 soit 9,57% ont été déclarés positifs avec 813 cas de paludisme simple soit 81,06% contre 59% à Tori ; et 190 cas de paludisme grave (18,94%). Ce résultat était supérieur à celui de Biéter Dembélé qui a trouvé 15% avec plusieurs indicateurs combinés à savoir « suspicion de palu ayant reçu du TDR, CTA et commencer le traitement en moins de 24 heures après le début de la fièvre ». Cette différence s'expliquerait par le nombre de variables combinées

Les cas de paludisme grave ont été tous référés au CSCOM tandis que les cas simples de paludisme ont été pris en charge au niveau communautaire avec un taux de guérison de 93,70%. Les 6,30% non guéris ont également été référés au CSCOM. Le taux élevé de réalisation du TDR s'expliquerait par la définition communautaire ainsi que les critères de faisabilité du TDR qui faisaient qu'il y avait une utilisation abusive des tests.

Il ressort de notre analyse que plus de la moitié des cas de malnutrition aigüe pris en charge au cours de l'année 2016 était dépistés au niveau communautaire et référés au CSCOM par les ASC soit 57,15%. Ce taux s'expliquerait d'abord par la maîtrise des techniques de dépistage avec la bande de Shakir et des critères par les ASC, puis également par la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigüe et aussi la prise en charge d'autres frais (transport, restauration) pris en compte par l'ONG Muso.

Concernant les cas d'infections respiratoires aigües, 4060 cas d'IRA simples ont été pris en charge par les ASC avec un taux de guérison de 88,94%. Là aussi les non guéris ont été référés au CSCOM pour complication. Ce résultat est supérieur à celui de Biéter Dembéle qui a trouvé 50%. Ceci s'expliquerait par un dépistage précoce et un suivi rapproché des patients.

Le suivi de tous ces cas de maladies, des femmes enceintes ou en post-partum se faisait de façon régulière par les agents de santé communautaire par des visites à domicile, ce qui le permettait d'intégrer facilement la communauté. Les ASC participaient également au suivi des enfants en âge de vaccination en sensibilisant les mamans à la vaccination.

Les activités de VAD, de recherche de perdus de vue (vaccination, tuberculose) n'ont pas été évalués pour des raisons de non disponibilité des données.

## VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

**VIII.1. CONCLUSION** : Aux vues de toutes ces analyses, il ressort clairement que les agents de santé communautaire représentaient de nos jours un maillon essentiel dans l'aire de santé de Yirimadio. Leur recrutement et leur mise à disposition ont permis de rapprocher les soins des communautés et de réduire considérablement les cas graves de certaines maladies donc réduire de facto les décès maternels et infantiles.

Cependant un accent doit être mis sur le suivi de ces ASC pour améliorer la qualité des soins.

Il est à noter que l'insuffisance de communication entre l'ONG et le CSCOM pourrait entraîner des doublons dans la collecte des données. Le déficit de suivi dans la saisie et l'analyse des données par les différents acteurs et l'envoi au niveau supérieur par des canaux différents peuvent entraîner des dysfonctionnements dans l'interprétation de informations.

Ce travail a contribué considérablement à l'augmentation de la fréquentation du CSCOM de Yirimadio. D'autres études pourront être faites sur les autres activités non évaluées pour étayer d'avantage les résultats obtenus.

### VIII. 2 : RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, des recommandations suivantes ont été formulées et adressées à l'endroit :

- ✚ Impliquer les ASC dans le dispositif du système sanitaire du Mali
- ✚ Réaliser une étude coût/efficacité sur les interventions des ASC
- ✚ Formation continue des ASC sur le paquet SEC

## IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Maddison AR, Schlech WF.** Will universal access to antiretroviral therapy ever be possible? The health care worker challenge. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2010;21(1):P64-69.
2. **Karabi Bhattacharyya, Peter Winch, Karen Le Ban et Marie Tien.** Agents de santé Communautaire : Effets des incitations et des désincitations sur leurs motivation, maintien en poste et durabilité. Une publication du Projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de Soutien à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant) (BASICS II) pour l'USAID, Arlington, Virginia, octobre 2001.
3. **Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (Unicef).** Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève : OMS ; 1978. (Santé pour tous ; n° 1). Déclaration d'Alma-Ata ; pp. 2-6.  
  
En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
4. **Lehmann U, Sanders D.** **Community health workers:** What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Genève : WHO ; 2007. 42 p.  
  
En ligne [http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf).
5. **Pascal Saint-Firmin, Birama Djan Diakité, Adama Diawara :** Analyse situationnelle de la prestation des soins essentiels dans la communauté via les agents de santé communautaires au Mali, 2015 **Plan stratégique** des soins Essentiels dans la Communauté 2016-2020
6. **Système d'information Sanitaire du Mali :** <https://mali.dhi2.org/>
7. **Base de données de Muso 2016**

8. **Dr Bogoba Diarra** :Mise en œuvre de la stratégie des soins essentiels dans la communauté (sec) au Mali ;3-5 mars 2014 accra Ghana
9. **l'OMS** :intitulé « Formation et utilisation des agents de santé de village». Edité en 1974
10. **Lauren Crigler, Kathleen Hill, Rebecca Furth.** Matrice d'évaluation et d'amélioration de la performance des agents de sante communautaires (MEAP ASC), septembre 2011,
11. **Dr Biéter DEMBELE MD, DrLassinaDERO, MD,MSc, DrSoumaïlaL. DIAKITE, MD, PhD ; MmeSylvieCHARRON, MSc. :** « Article\_Soins\_essentiels\_à\_Kita\_février 2016»P3-4 ;
12. **Base de données de Tori** cercle de Bankass, région de Mopti Mali
13. **Note technique** sur l'organisation du forum sur l'amélioration de l'accès aux soins essentiels au niveau de la communauté

## **X. ANNEXES**

**Form: Hamed\_fichecollectdonneesASC**

33 Questions

---

---

### **1. A/ SANTE MATERNELLE**

#### **2. 1/ CPN**

**3.Femmes référées par les ASC:**

**4.Femmes venues d'elles même au CSCOM**

#### **5. 2/ Accouchement**

**6.Nombre de femmes référées par les ASC pour accouchement**

**7.Nombre de femmes venues d'elles même pour accoucher**

#### **8.3/planning Familial**

**9.Nombre de femmes ayant reçues une méthode de PF dans l'année à travers l'ASC**

**10.Nombre de femmes ayant reçues une méthode de PF dans l'année à travers le CSCOM**

### **11. B/ SANTE INFANTILE**

#### **12.1/ ÉVALUATION**

**13.Nombre d'enfants évalués par les ASC par an**

**14.Nombre d'enfants référés au CSCOM après évaluation par l'ASC**

#### **15.2/PALUDISME**

**16.Nombre d'enfants testés avec le TDR par l'ASC**

**17.Nombre de TDR Positif**

**18.nombre d'enfants traités au CTA par les ASC**

**19.Pourcentage d'enfants guéris**

#### **20.4/DIARRHEES**

**21.Nombre d'enfants ayant la diarrhées dépistés**

**22.Nombre d'enfants traités pour diarrhée simple**

**23.pourcentage d'enfants guéris après traitement**

**24.5/IRA**

**25.Nombre d'enfants dépistés pour IRA par les ASC**

**26.Nombre d'enfants traités pour IRA par les ASC**

**27.Pourcentage de guéris après traitement d'IRA**

**28.6/MALNUTRITION**

**29.Nombre d'enfants malnutris modérés dépistés par l'ASC**

**30.Nombre d'enfants malnutris modérés dépistés au CSCOM**

**31.SUIVIS DES ENFANTS**

**32. DEPISTAGE GROSSESSE**

**33.Nombre de grossesses dépistées par les ASC**



# 1. FICHE DIAGNOSTIC DE GROSSESSE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

## 1. Informations sur l'ASC et le patient

Jour \_\_\_\_\_ / Mois \_\_\_\_\_ / Année \_\_\_\_\_

Numéro de zone de l'ASC \_\_\_\_\_ Prénoms et Nom de l'ASC  
: \_\_\_\_\_

Prénom et Nom du patient \_\_\_\_\_ Age (an) \_\_\_\_\_ Sexe : F  
M No de Tél \_\_\_\_\_

No Etude de la femme / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / ou ID du patient / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ /

Situation matrimoniale : Marié (e) Célibataire Divorcé (e)  
Veuve/Veuf

Manière dont le patient a été trouvé par l'ASC :

1. Au cours du VAD 2. Le patient part chez l'ASC 3. Autres A  
préciser \_\_\_\_\_

## 2. Dépistage de grossesse porte à porte

Test urinaire de grossesse réalisé Oui Non

Test urinaire réalisé pour : Recherche active de grossesse Planification  
familiale

Si oui quel est le résultat test urinaire de grossesse : Positif (+)  
Négatif (-)

Si le résultat est Positif :  Quelle est la date de dernière règle: (exacte si possible)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (si non, en semaines) \_\_\_\_\_  Avez-vous discuté de la CPN ?

Oui Non o Si Oui, quelle est la date choisie pour la première CPN :  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o CPN réalisée Oui Non o Si Oui la date :  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o Si Non réalisée ou la date choisie pour la première CPN est  
différente de la date de CPN, quelle ont été la/les raison (s) ?

1. Manque de temps de la femme 4. Refus du mari/autres membres de la famille 2.  
Manque de motivation de la femme 5. Autres (précisez) 3. Manque de moyen

## 3. Planification familiale

Si le test grossesse est Négatif (ou la femme est enceinte ou dans le premier mois après  
l'accouchement) :

Avez-vous donné les conseils sur la planification familiale Oui  
Non   Si Non, pourquoi ? Désir d'enfant Refus de la femme Autres  
(à précisez : )   Si Oui, est-ce qu'elle utilise déjà une méthode de planification familiale  
? Oui Non

#### FICHE DIAGNOSTIC DE GROSSESSE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

#### 4. Nouvelle inscription pour la planification familiale

Pour rappel et pour précision à chercher par l'ASC :

Si la femme s'intéresse au contraceptif injectable, précisez :

Est-ce que la femme a une pathologie cardiaque connue ? (Oui/Non), le cancer du sein ? (Oui/Non), le diabète grave ? (Oui/Non) ou une histoire de fracture fragile ? (Oui/Non) Si une des réponses est Oui il faut choisir un contraceptif différent du contraceptif injectable ;  Est-ce que la femme a une histoire d'hypertension artérielle sévère qui n'est pas bien contrôlée ? (Oui/Non) Si une des réponses est Oui il faut référer la femme au CSCOM pour une consultation pour voir l'état de l'hypertension avant que le contraceptif injectable ne soit initié.

Si la femme s'intéresse à la pilule simple, précisez :

Est-ce que la femme a accouchée pendant les 6 semaines passées? (Oui/Non) Si Oui il faut attendre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement avant de commencer la prise de la pilule simple.  Est-ce que la femme a une histoire de caillot de sang (Oui/Non) , histoire d'une perte de connaissance brutale (Oui/Non) , le cancer de sein (Oui/Non) ? Si une des réponses est Oui il faut choisir un autre contraceptif différent de la pilule simple.  Est-ce que la femme a une histoire de l'hypertension artérielle? (Oui/Non) Pour les femmes de plus de 35 ans avec une hypertension artérielle, il faut choisir un autre contraceptif différent de la pilule simple.

Méthode de planification choisie :

1. DIU 7. MAMA 2. Implants 8. Préservatif masculin 3. Stérilisation féminine 9. Préservatif féminin 4. Vasectomie 10. Contraceptif injectable 5. Pilule simple 11. Collier 6. Pilule minidosée

#### 5. Renouvellement de la méthode de planification familiale

Méthode précédente utilisée par le patient :

1. DIU 7. MAMA 2. Implants 8. Préservatif masculin 3. Stérilisation féminine 9. Préservatif féminin 4. Vasectomie 10. Contraceptif injectable 5. Pilule simple 11. Collier 6. Pilule minidosée

Provenance de la méthode précédente

1. Par l'ASC 3. Avec les marchands ambulants 2. Dans un centre de santé 4. Autres (précisez) \_\_\_\_\_

## FICHE DIAGNOSTIC DE GROSSESSE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

Pour rappel et pour précision à chercher par l'ASC :

Si la femme s'intéresse au contraceptif injectable, précisez :

Est-ce que la femme a une pathologie cardiaque connue ? (Oui/Non), le cancer du sein ? (Oui/Non), le diabète grave ? (Oui/Non) ou une histoire de fracture fragile ? (Oui/Non) Si une des réponses est Oui il faut choisir un contraceptif différent du contraceptif injectable ;  Est-ce que la femme a une histoire d'hypertension artérielle sévère qui n'est pas bien contrôlée ? (Oui/Non) Si une des réponses est Oui il faut référer la femme au CSCOM pour une consultation pour voir l'état de l'hypertension avant que le contraceptif injectable ne soit initié.

Si la femme s'intéresse à la pilule simple, précisez :

Est-ce que la femme a accouchée pendant les 6 semaines passées? (Oui/Non) Si Oui il faut attendre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement avant de commencer la prise de la pilule simple.  Est-ce que la femme a une histoire de caillot de sang (Oui/Non) , histoire d'une perte de connaissance brutale (Oui/Non) , le cancer de sein (Oui/Non) ? Si une des réponses est Oui il faut choisir un autre contraceptif différent de la pilule simple.  Est-ce que la femme a une histoire de l'hypertension artérielle? (Oui/Non) Pour les femmes de plus de 35 ans avec une hypertension artérielle, il faut choisir un autre contraceptif différent de la pilule simple.

Nouvelle méthode choisie par le patient :

1. DIU 7. MAMA 2. Implants 8. Préservatif masculin 3. Stérilisation féminine 9. Préservatif féminin 4. Vasectomie 10. Contraceptif injectable 5. Pilule simple 11. Collier 6. Pilule minidosée

Si la méthode précédente est différente de la nouvelle méthode choisie, quelles sont la/les raison (s) du changement de méthode ?

1. Information sur plus de méthode de planification familiale

3. Changement de situation

2. Inconfort avec la méthode précédente 4. Autres (précisez)

\_\_\_\_\_

(6) Le démarrage de la méthode :

(A) A-t-elle choisie une méthode de planification familiale le même jour ? Oui  Non  (B) Méthode administrée Oui Non Femme non revenue chez l'ASC après la

référence (C) Si Oui quelle est la date de démarrage de la méthode

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D) Si la méthode choisie est le contraceptif injectable, quelle est la date de prochaine injection \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2. FICHE DE REFERENCE POUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

### 1. Informations sur l'ASC, le malade et le CSCOM

Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Heure de référence  
\_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ MN

No de zone de l'ASC : \_\_\_\_\_ Prénoms et  
Nom: \_\_\_\_\_ No Téléphone \_\_\_\_\_

Nom du Quartier/ Village : \_\_\_\_\_ Aire de Santé de :  
\_\_\_\_\_

Prénoms et Nom du malade : \_\_\_\_\_ Age :  
Mois \_\_\_\_\_ An \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ / F

No Concession \_\_\_\_\_ No Ménage \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du Centre de Santé où le malade doit se rendre :  
\_\_\_\_\_

### 2. Motifs de la référence/Accompagnement pour les nouveaux nés, les enfants et les adultes

- |  |           |                                   |
|--|-----------|-----------------------------------|
| 1. Convulsions                           | Oui / Non | 9. Tirage sous costal             |
| Oui / Non                                |           |                                   |
| 2. Perte de connaissance                 | Oui / Non |                                   |
| 10. Geignements                          | Oui / Non |                                   |
| 3. Incapacité de boire et/ou de téter    | Oui / Non | 11. Saignement qui ne s'arrête    |
| Oui / Non                                |           |                                   |
| 4. Troubles de la conscience/confusion   | Oui / Non |                                   |
| 12. Léthargie (Bouge seulement           | Oui / Non | quand il est stimulé)             |
| 5. Vomit tout ce qu'il consomme          | Oui / Non | 13. Ombrilic rouge, enflé, du pus |
| coulant, Oui / Non                       |           | ou qui saigne                     |
| 6. Apnée (interruption de la respiration | Oui / Non | pendant plus de 20 secondes)      |
| 14. Langue et/ou lèvres bleues           | Oui / Non |                                   |
| 7. To moins que 35oC, plus que 37.5,     | Oui / Non | ou le refroidissement des         |
| extrémités                               |           |                                   |
| 15. Cuir chevelu enflé                   | Oui / Non | ou fontanelle bombant             |
| 8. Impossibilité d'uriner ou             | Oui / Non | d'émettre des selles              |

16. Yeux rouge, enflé, du pus coulant      Oui / Non
1. Ictère Sévère (Jaunisse)      Oui /Non      corps/plantes des pieds)
9. Pâleur conjonctivo-      Oui / Non      palmo-plantaire
2. Urines foncées      Oui /Non      (Couleur coca cola)
10. Bande de Shakir au rouge      Oui / Non      ou amaigrissement visible
3. Nourrisson de 0 à 2 mois      Oui /Non      malade selon la maman
11. Age de l'enfant inférieur à d'absence de prise de poids      Oui / Non      6 mois sur une notion
4. Œdèmes des membres inférieurs      Oui /Non
12. Toux qui dure plus de 14 jours      Oui / Non      sans amélioration
5. Diarrhée de plus de 14 jours      Oui /Non
13. Presence de sang dans les selles      Oui / Non
6. Diarrhée (fréquence accrue de selles liquides, les selles sont aqueuses ou vertes ou contiennent des mucosités ou du sang)      Oui  
Non
14. Le nouveau-né qui s'alimente mal      Oui / Non
7. Ballonnement abdominal      Oui      Non 15. Autres maladies rencontrées  
Oui / Non      chez un enfant évalué que ceux du paquet SEC
8. Urine moins de six fois par jour      Oui      Non      après le 2ème jour
16. autres maladies que le paludisme chez adultes      Oui /Non L'enfant à partir de 6 ans et les adultes

#### FICHE DE REFERENCE POUR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

3. Conduite à tenir avant la référence/accompagnement pour les nouveaux nés, les enfants et les adultes

Température avant la référence : \_\_\_\_\_ TDR réalisée ?  
 Oui /Non Si Oui quel est le résultat ? Positif (+)      Négatif (-)      Etat nutritionnel  
 pour les enfants de 6 mois et 5 ans?      Vert      Jaune  
 Rouge Artesunate suppositoire administré ?      Oui /Non Paracétamol  
 administré ?      Oui /Non Enveloppement humide réalisé ?  
 Oui /Non Gentamycine administrée ?      Oui /Non  
 Ampicilline administré ?      Oui /Non Traitement encours



Prénoms et Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_ No  
Téléphone \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du prescripteur





NB : si une femme présente au moins un signe de DANGER et qu'elle refuse de se rendre au CSCOM, vous devriez informer IMMEDIATEMENT votre superviseur de la situation NB : le suivi d'une femme enceinte se fait chaque deux semaines les sept (7) premiers mois de la grossesse et chaque semaine à partir du 8ème mois jusqu'à terme de la grossesse.

(A) Motif de fin ou d'arrêt de visite de suivi par l'ASC

Accouchement disponible	Autres	Arrêt de grossesse	Femme non joignable	ASC non disponible
----------------------------	--------	--------------------	---------------------	-----------------------

Si autres à  
precisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(B) Date de fin ou d'arrêt de visite suivi \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(C) Nombre total de CPN réalisé par la femme [Vérifier dans le carnet de CPN]  
\_\_\_\_\_

#### 4. FICHE DE SUIVI DES ENFANTS POUR MALNUTRITION AIGUE MODEREE

PAR LES ASC A DOMICILE

Aire de santé :

\_\_\_\_\_

ASC

Numéro de zone l'ASC : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Prénoms et Nom de l'ASC :

\_\_\_\_\_

Enfant

Prénom/Nom Enfant : \_\_\_\_\_ M / F No ID \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_

Age de l'enfant : Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ [Marquer le nombre de mois de l'enfant  
s'il a moins d'une année devant « mois », et celui en année s'il a plus d'une année devant «  
année »]

Combientième enfant de la fratrie : \_\_\_\_\_

Parents

Prénom et Nom de la mère \_\_\_\_\_ No Tél \_\_\_\_\_ No  
Etude Mère / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ou ID de la femme / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / Prénom et Nom du père

\_\_\_\_\_ No Tél

\_\_\_\_\_

Numéro de concession \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Numéro de ménage \_\_\_\_ \_\_\_\_

Date Indices Bande Shakir

Type de ration

Fer + Acide folique

Déparasitant Vitamine A

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Admission par ASC

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 1 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 2 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi  
3 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 4 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 5 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Suivi 6 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 7 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Suivi 8

Fin/Arrêt de prise en charge à domicile

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Type de sortie :

Guéri

Référé au CSCOM

Abandon

NB:  Pour le déparasitant et le fer : Marquer la dose donnée dans la case correspondante (400 ou 200 pour le déparasitant / 1 ou ½ pour le fer).  Pour la vitamine A : Préciser la couleur de la vitamine (bleu ou rouge) dans la case correspondante.  Marquer dans la colonne de "Bande de Shakir": J=Jaune ; V=Vert ; R=Rouge.  Le suivi se fait chaque semaine le premier mois et chaque deux semaine les deux mois suivants.

## 5. FICHE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE PATIENT A DOMICILE

### (1) Informations sur l'ASC et l'enfant

Jour \_\_\_ / Mois \_\_\_ / Année \_\_\_\_\_ A quel moment de la journée ?      Matin    / Midi  
/ Soir    / Nuit

Numéro de zone l'ASC : \_\_\_ \_\_\_

Prénoms et Nom de l'ASC :

\_\_\_\_\_

Prénom/Nom Enfant : \_\_\_\_\_ M    / F    No ID \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_  
\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Age de l'enfant : Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ [Marquez le nombre de mois de l'enfant  
s'il a moins d'une année devant « mois », et celui en année s'il a plus d'une année devant «  
année »]

Combienième enfant de la fratrie : \_\_\_\_\_

Prénom et Nom de la mère \_\_\_\_\_ No Tél \_\_\_\_\_

No Etude Mère / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / ou ID de la femme / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
\_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ /

Numéro de concession \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Numéro de ménage \_\_\_ \_\_\_

### (2) Manière ou l'enfant a été trouvé par l'ASC

1. Au cours des VAD      2. Enfant accompagné chez l'ASC par les parents      3.  
Enfant et ses parents accompagnés chez l'ASC par un autre membre de la communauté 4.  
Autre à précisez \_\_\_\_\_

### (3) Début de la maladie?

### (4) Signes de danger

(A) Signes d'accompagnement immédiat [Regarder un à un puis cochez Oui ou Non dans la  
case correspondante]

- |  |     |                             |
|--|-----|-----------------------------|
| 1. Convulsions                         | Oui | / Non                       |
| 2. Tirage sous-costal                  | Oui | / Non                       |
| 3. Perte de connaissance               | Oui | / Non                       |
| 4. Geignements                         | Oui | / Non                       |
| 5. Incapacité de boire et/ou de téter  | Oui | / Non                       |
| 6. Saignement qui ne s'arrête          | Oui | / Non                       |
| 7. Troubles de la conscience/confusion | Oui | / Non                       |
| 8. Léthargie (Bouge seulement          | Oui | / Non quand il est stimulé) |
| 9. Vomit tout ce qu'il consomme        | Oui | / Non                       |

NB : Si une des réponses ci - dessus est OUI, ASC doit OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNER l'enfant au CSCOM ou appeler pour la moto ambulance si un moyen immédiat n'est pas disponible.

(B) Signes de référence [Regarder un à un puis cochez Oui ou Non dans la case correspondante]

- |                                |           |   |
|--------------------------------|-----------|---|
| 1. Ictère Sévère (Jaunisse     | Oui / Non | corps/plantes des pieds)                          |
| 4. Pâleur conjunctivo-         | Oui / Non | palmo-plantaire                                   |
| 2. Urines foncées              | Oui / Non | (Couleur coca cola)                               |
| 5. Bande de Shakir au rouge    | Oui / Non | ou amaigrissement visible                         |
| 3. Nourrisson de 0 à 2 mois    | Oui / Non | malade selon la maman                             |
| 6. Age de l'enfant inférieur à | Oui / Non | 6 mois sur une notion d'absence de prise de poids |

1. Aujourd'hui 5. Avant-hier matin 2. Au cours de la nuit 6. Avant-hier soir 3. Hier matin 7. Il y a trois (3) jours 4. Hier soir 8. Il y a plus de trois (3) jours

#### FICHE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE PATIENT A DOMICILE

- |                                      |           |                       |
|--------------------------------------|-----------|-----------------------|
| 7. Œdèmes des membres inférieures    | Oui / Non |                       |
| 10. Toux qui dure plus de 14 jours   | Oui / Non | sans amélioration     |
| 8. Diarrhée de plus de 14 jours      | Oui / Non |                       |
| 11. Présence de sang dans les selles | Oui / Non |                       |
| 9. Autres maladies rencontrées       | Oui / Non | chez un enfant évalué |

NB :  Si une des réponses ci - dessus est OUI, l'ASC doit si possible accompagner l'enfant au CSCOM ou donner une fiche de référence en précisant le motif de référence sur la fiche et aider l'accompagnant en cas de besoins.

Par ailleurs, vous devriez OBLIGATOIREMENT vous rassurer que cet enfant a reçu les soins dans les 24 heures.

Dans les deux cas (accompagnement immédiat ou référence), si une de ces réponses est Oui, l'ASC doit faire le TDR et suivre le protocole (Si TDR positif : administrez l'Artesunate suppositoire avant de référer ou d'accompagner l'enfant au CSCOM).

(5) Conduite à tenir après la recherche de signes de danger

(6) Signes et évaluation à domicile

(A) La température Actuelle est de: \_\_\_\_\_ [Marquez le chiffre que vous voyez sur le thermomètre] NB : Si la température sur le thermomètre est inférieure à 35°, vous devriez reprendre la prise en se rassurant que le thermomètre est bien placé. (B) Paludisme [Chercher à savoir un à un]

NB : Si une de ses réponses est OUI, faites le TDR paludisme

TDR réalisé ? Oui / Non Si Oui quel est le résultat du TDR :  
 Positif (+) /Négatif (-) Si Non pourquoi ? TDR non  
 disponible Autres

1. Accompagné au CSCOM par l'ASC ?

Oui Non

2. Conseillé et référé au CSCOM avec la fiche de référence ? Oui Non

3. TDR réalisé pour la référence/accompagnement? Oui Non

Si Oui quel est le résultat du TDR ? Positif (+) /Négatif (-) Si  
 Non pourquoi ? TDR non disponible Autres 4. Artesunate  
 suppositoire administré ? Oui Non

Si Oui quelle quantité ? 50 mg 100 mg 200 mg

La température Actuelle est de: \_\_\_\_\_ [Marquez le chiffre que vous voyez sur le thermomètre] NB : Si la température sur le thermomètre est inférieure à 35°, vous devriez reprendre la prise en se rassurant que le thermomètre est bien placé.

5. Paracetamol administré avant la référence ? Oui Non

Si Oui quelle quantité ? ½ Comprimé ¼ Comprimé 6.  
 Poursuivre l'évaluation et traité l'enfant à domicile ou au niveau du site d'ASC ? Oui  
 Non

1. Notion de fièvre dans les 24H – 48H ou actuelle

Oui / Non 4. Vomissement Oui / Non

2. Amorphe (Perte de dynamisme) Oui / Non 5. Frisson Oui / Non

3. Manque d'appétit Oui / Non

#### FICHE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE PATIENT A DOMICILE

(C) Diarrhée [Posez la question à l'accompagnant]

Le nombre de selles dépasse-t-il 3/jour ? Oui / Non

(D) Infection Respiratoire Aigue [Posez la question à l'accompagnant]

NB : Si la réponse est OUI, n'oubliez pas de compter la fréquence respiratoire

Fréquence respiratoire= \_\_\_\_\_ Respiration normale (Toux/Rhume)  
Respiration rapide (Pneumonie)

(E) Etat nutritionnel Périmètre brachial Vert Jaune Rouge Précisez  
la mesure \_\_\_\_\_ cm

(7) Prise en charge à domicile

(A) Paludisme

(B) Diarrhée 1. Zinc donné ? Oui / Non Si Oui : 10 mg (1/2 comprimé)/  
jour / 20 mg (1 comprimé)/ jour

2. SRO donné ? Oui / Non

(C) Infection Respiratoire Aigue

1. Si Toux/Rhume : Miel Thé de feuilles d'eucalyptus Citron 2. Si  
Pneumonie :

(D) Malnutrition Aigue Modérée [Si la bande de Shakir est au vert ou au rouge, sautez cette  
section]

NB : Pour l'administration de Fer + Acide folique et le suivi, se servir de la fiche de suivi  
des cas de malnutrition aigue modérée

(C) Fièvre

Toux Oui / Non

1. CTA Administré : Oui / Non [Si Non administré, allez au  
point (B)] 2. Si CTA administré, quel type ALU ASAQ

3. Si ALU administré, quel Dosage? 1 comprimé 2 fois / jour / 2 comprimés 2 fois / jour

1. Amoxicilline 250 mg administré ? Oui Non [Si  
Non administré, allez au point (D)] 2. Si amoxicilline administré, à quelle posologie? 5ml /2  
fois par jour 10ml /2 fois par jour

1. Farine enrichie administrée : Oui / Non

Si Farine enrichie administré, quelle quantité ? : \_\_\_\_\_

2. Vitamine A administrée : Oui / Non

Si vitamine A administré, à quelle quantité ? 1 capsule bleue /  
1 capsule rouge

3. Albendazole administré : Oui / Non



Si Albendazole administré, à quelle quantité? 1 comprimé de 200 mg / 1 comprimé de 400 mg

1. Paracétamol Administré : Oui / Non

2. Si paracétamol administré, à quelle posologie?

¼ comprimé/3 fois par jour / ½ comprimé / 3 fois par jour

## FICHE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DE PATIENT A DOMICILE

(8) Suivi des patients à domicile au cours de la prise en charge

1. Suivi de 24H après ? Oui / Non Température \_\_\_\_\_  
Jour \_\_\_/Mois \_\_\_/Année 20\_\_\_ a. Si Paludisme - Prise de CTA : Dose du  
matin donnée Dose du soir donnée b. Si Infetion Respiratoire Aigue (IRA) -  
Fréquence respiratoire : \_\_\_\_\_ Respiration normale Respiration rapide  
- Prise de Amoxicilline : Oui Non c.  
Evolution de son état : S'aggrave Aucun changement S'améliore Guéri  
d. Si l'état s'aggrave, quelle a été votre CAT après la réévaluation?  
Référence/Accompagnement au CSCOM Oui Non e. Si présence d'une nouvelle  
symptomatologie quelle a été votre CAT après la réévaluation? Référence/Accompagnement  
au CSCOM Continuer le traitement à domicile avec un nouveau protocole 2. Suivi de  
48H après ? Oui / Non Température \_\_\_\_\_  
Jour \_\_\_/Mois \_\_\_/Année 20\_\_\_ a. Si Paludisme - Prise de CTA : Dose du  
matin donnée Dose du soir donnée b. Si Infetion Respiratoire Aigue (IRA) -  
Fréquence respiratoire : \_\_\_\_\_ Respiration normale Respiration rapide  
- Prise de Amoxicilline: Oui Non c.  
Evolution de son état : S'aggrave Aucun changement S'améliore  
Guéri d. Si l'état s'aggrave ou ne présente aucun changement,  
quelle a été votre CAT après la réévaluation? Référence/Accompagnement au CSCOM  
Oui Non e. Si présence d'une nouvelle symptomatologie quelle a été votre CAT  
après la réévaluation? Référence/Accompagnement au CSCOM Continuer le traitement  
à domicile avec un nouveau protocole 3. Suivi de 72H après ? Oui / Non  
Température \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_/Mois \_\_\_/Année 20\_\_\_ a. Si Paludisme -  
Prise de CTA : Dose du matin donnée Dose du soir donnée b. Si Infetion  
Respiratoire Aigue (IRA) - Fréquence respiratoire : \_\_\_\_\_ Respiration normale  
Respiration rapide - Prise de Amoxicilline: Oui  
Non c. Evolution de son état : S'aggrave Aucun changement S'améliore  
Guéri d. Si l'état s'aggrave ou ne présente aucun changement,  
quelle a été votre CAT après la réévaluation? Référence/Accompagnement au CSCOM  
Oui Non e. Si présence d'une nouvelle symptomatologie quelle a été votre CAT  
après la réévaluation? Référence/Accompagnement au CSCOM Continuer le traitement  
à domicile avec un nouveau protocole 4. Suivi de 5 jours après ? Oui / Non  
Température \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_/Mois \_\_\_/Année 20\_\_\_ a. Si Diarrhée - Prise  
de zinc Oui / Non b. Si Infetion Respiratoire Aigue (IRA) - Fréquence

respiratoire : \_\_\_\_\_ Respiration normale Respiration rapide - Prise de  
 Amoxicilline: Oui Non c. Evolution

de son état : S'aggrave Aucun changement S'améliore Guéri

d. Si l'état s'aggrave ou ne présente aucun changement, quelle a été votre CAT après la  
 réévaluation? Référence/Accompagnement au CSCOM Oui Non e. Si

présence d'une nouvelle symptomatologie quelle a été votre CAT après la réévaluation?

Référence/Accompagnement au CSCOM Continuer le traitement à domicile avec un  
 nouveau protocole NB : Pour toutes réévaluations au cours du suivi

(référence/accompagnement ou changement de protocole), arrêter le remplissage de la fiche  
 en cours et prenez une nouvelle fiche et suivre les différentes étapes de l'évaluation

### (9) Motifs de non suivi des patients à domicile au cours de la prise en charge

1. Enfant décédé Oui Non Si

Oui a quelle Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Si Oui, ou ? A la maison Au  
 CSCOM Au CSREF A l'hôpital Autres 2.

Enfant non présent à la maison Oui Non 3. Refu des parents

pour divers raisons Oui Non 4. ASC non disponible

Oui Non