

Fiche pratique

CAPITALISATION SUR LA MISE EN PLACE D'UNE STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA DEMANDE DE SOINS ET LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Expérience du programme Santé mené par Inter Aide et les services de santé
dans le district de Manakara à MADAGASCAR

Notice

Type de document	Fiche Pratique
Titre du document	Capitalisation sur la mise en place d'une stratégie d'amélioration de la demande de soins et la structuration de l'offre de soins au niveau communautaire
Catégorie	SANTÉ – Santé infanto-juvénile, malaria
Pays, Ville	Madagascar, Manakara
ONG Nord	Inter Aide http://www.interaide.org
Organisation du Sud	Services de santé du district de Manakara (SSD, Chefs CSB)
Date du document	Décembre 2012
Auteur(s)	RASOAMAMPIANINA Miora Andoniaina, Responsable du programme Santé Manakara, Inter Aide
Relecteur(s)	Anne Carpentier 12.02.13, Damien du Portal, 09.07.13
Auteur de la mise à jour	Damien du Portal
Date de la mise à jour	Juillet 2013
Mots clés	SANTÉ – Santé infanto-juvénile, malaria, paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës (IRA), structuration offre de soins, amélioration demande de soins, Madagascar, Capitalisation
Résumé	<p><i>La diminution durable du taux de mortalité infanto-juvénile dans nos zones d'intervention (Côte Sud-Est de Madagascar) dépend étroitement de la possibilité d'accès précoce des enfants malades aux soins adéquats pour les 3 pathologies infanto-juvéniles principales (paludisme, diarrhées, I.R.A.) d'où la mise en place du réseau d'Agents Communautaires (AC) au niveau de chaque fokontany (commune). La fonctionnalité effective de ce réseau d'AC, afin qu'il offre des soins de façon continue et autonome dépend étroitement de la capacité des principaux acteurs concernés (agents communautaires, équipes CSB) à assurer efficacement leur rôle respectif et à faire face aux difficultés éventuelles (dimension « offre de soins »). Par ailleurs, les responsables des enfants (généralement les mères) doivent être en mesure de prendre des décisions adaptées en matière de recherche de soins en cas de maladie de leurs enfants avec la consultation précoce des agents communautaires (dimension « demande de soins »).</i></p> <p><i>Le présent document relate les failles et difficultés constatées tant au niveau du système de l'offre de soins que de la demande de soins suite à la première mise en place du réseau d'AC et présente par la suite la stratégie (méthodologie, approche, outils sont détaillés en annexes) testée et développée par le projet dans l'objectif de pallier à ces problèmes.</i></p>

Juillet 2013 - 1



Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

AVIS IMPORTANT

Les fiches et récits d'expériences « Pratiques » sont diffusés dans le cadre du réseau d'échanges d'idées et de méthodes entre les ONG signataires de la « charte Inter Aide ».

Il est important de souligner que ces fiches ne sont pas normatives et ne prétendent en aucun cas « dire ce qu'il faudrait faire »; elles se contentent de présenter des expériences qui ont donné des résultats intéressants dans le contexte où elles ont été menées.

Les auteurs de « Pratiques » ne voient aucun inconvénient, au contraire, à ce que ces fiches soient reproduites à la condition expresse que les informations qu'elles contiennent, soient données **intégralement y compris cet avis**. Si elles sont citées, la source (Réseau Pratiques) et les auteurs doivent être mentionnés **intégralement**.

Table des matières

Préambule.....	3
1. Les fondements de l'orientation stratégique actuelle	5
1. a. Faille au niveau de la demande de soins	5
1. b. dysfonctionnement au niveau de l'offre de soins.....	6
2. L'intervention des agents facilitateurs (action au niveau des mères sur l'amélioration des comportements de demande de soins).....	8
2-a. Objectifs.....	8
2-b. Description de l'intervention	8
2-c. Eléments illustratifs sur les résultats obtenus.....	10
3. L'intervention des Accompagnateurs AC et CSB.....	11
3-a. Objectifs.....	11
3-b. Déroulement	11
3-c. Eléments illustratifs sur les résultats obtenus.....	15
Annexes	16
Annexe 1 : Description de l'intervention des facilitateurs et du déroulement des ateliers 1 et 2 visant à améliorer la recherche de soins par les mères d'enfants de moins de 5 ans.....	17
Annexe 2 : Déroulement des Activités de renforcement des compétences techniques des AC par les agents facilitateurs.	25
Annexe 3 : Déroulement des Activités de renforcement du système d'offre de soins par les agents accompagnateurs.	26
Annexe 4a : Etapes dans l'utilisation du TDR	34
Annexe 4b : Les résultats possibles d'un TDR.....	35
Annexe 5 : Jeu parcours santé ;-illustrations et règles.....	36

Liste des acronymes

AC	: Agents Communautaires (agent de santé villageois)
CSB	: Centres de santé de base
Cosan	: Comité Santé
I.R.A.	: Infections Respiratoires Aigues
Pcimec	: Prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau communautaire
TDR	: Test de diagnostic rapide



Lexique

- Fokonolona* : ensemble de la population habitant dans une même localité
- Fokontany* : unité administrative de base. L'ensemble de plusieurs fokontany forme une Commune.
- Fotro* : habitat isolé au sein des fokontany, regroupant très peu de maisons.
- Mpanjaka* : « roi », chef lignager traditionnel local au niveau d'un ou plusieurs villages. Son règne s'étend sur une ou plusieurs lignées. Au sein d'un même fokontany, il peut y avoir un ou plusieurs mpanjaka.
- Mpiara-dia* : accompagnateur en langue malgache; l'AC Mpiara dia est un Agent communautaire référent qui accompagne les autres AC d'une commune.

Préambule

Le programme a pour principal objectif de réduire durablement le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Il œuvre depuis 2002 dans le district de Manakara (côte Sud Est de Madagascar). Trois maladies constituent les premières causes de décès des enfants dans cette région : le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës (IRA).

Depuis le début du programme, des ateliers éducatifs visant à transmettre aux mères les principales causes de ces maladies ainsi que les moyens de prévention appropriés ont été entrepris.

En parallèle à ses activités d'éducation des mères, des Agents Communautaires (AC) ont été formés et mis en place au niveau des fokontany (communes). Ces Agents Communautaires ont pour rôle de conseiller et surtout de soigner les enfants atteints de l'une des 3 maladies sus-mentionnées. Il leur appartient également de référer les autres cas ou les cas graves au centre de santé de base (CSB) le plus proche. Cette approche trouve sa justification par plusieurs faits : nécessité de prise en charge rapide de la maladie (le plus tôt possible) pour éviter les risques de complication ; éloignement des fokontany par rapport au CSB (pour certains, il faut jusqu'à une journée de marche et même plus pour arriver au CSB), absence régulière des chefs CSB entraînant souvent des fermetures et une absence d'offre de soin (réunions mensuelles au chef lieu du district, absentéisme de certains chefs CSB, etc.).

Vers la fin de l'année 2007, le projet s'est attaché à transférer le réseau d'agents communautaires déjà en place afin qu'il passe sous la supervision directe du Service de Santé du District (SSD) et de ses organes rattachés (CSB) dans un but d'autonomisation du système (plus d'intervention directe du projet). Dans ce cadre et suite aux discussions avec les responsables du SSD, il a été convenu de l'importance d'une harmonisation des pratiques dans l'ensemble du district (il existait déjà à l'époque plusieurs intervenants travaillant sur les mêmes thématiques, avec parfois les mêmes agents communautaires). Ainsi, sous l'égide du SSD, le projet a entrepris une série de formations dans l'ensemble des fokontany du district de Manakara et pour tous les agents communautaires déjà existants durant l'année 2009. A l'issue de chaque formation, suivant les résultats des évaluations, deux agents par fokontany étaient sélectionnés pour la prise en charge des enfants. Chaque agent a été doté d'un lot de démarrage en médicaments. Le système de fonds *revolving* mis en place devait permettre l'autofinancement du système : une partie fixe des sommes collectées par la vente des médicaments revenant à l'agent et une partie, équivalente à la valeur d'achat de la même quantité de médicaments consommés, étant destinée à l'achat de nouveaux médicaments pour réapprovisionner le stock.

Depuis lors, les chefs CSB ont assuré le suivi direct des agents communautaires rattachés à leur CSB ainsi que leur réapprovisionnement en médicaments avec une efficacité variable. Le projet s'est focalisé essentiellement sur le suivi et l'évaluation du fonctionnement du système mis en place, surtout via les rapports transmis par les chefs CSB au projet et au SSD. L'analyse des données reçues jusqu'au milieu du second semestre 2010 nous a conduit à faire des études directes sur le



terrain. Les résultats de ces études nous ont menés à notre orientation stratégique actuelle de renforcement du système.

Synthèse de la stratégie actuelle de renforcement du système par une action sur l'offre et la demande de soins :

afin d'arriver à une diminution en continu du taux de mortalité infanto-juvénile, principal objectif de notre programme, il est impératif d'avoir d'un côté, un système d'offre de soins fonctionnels et efficaces et d'un autre côté, que les principales cibles (les mères d'enfants de moins de 5 ans) aient un recours précoce à ce système en cas de maladie de leurs enfants afin d'obtenir une médication adaptée.

Une partie de l'équipe du projet, les « facilitateurs », travaille sur l'amélioration de la « **demande de soins** » spécialement auprès des mères afin de les conscientiser sur l'importance d'une médication adaptée et de la nécessité de consulter rapidement un agent communautaire formé, en cas de maladie de leur enfant. Des ateliers par groupe de 10 mères sont réalisés au niveau des fokontany suivis de séances de jeux pour mieux asseoir les principaux messages. Des outils illustrés et adaptés aux situations socio-économiques des mères, souvent illettrées, ont été conçus par l'équipe du projet pour faciliter la transmission des messages. A l'occasion de ces ateliers et des jeux, les agents communautaires du fokontany concernés sont présentés aux mères ainsi que les médicaments en leur possession pour soigner les enfants.

Une autre partie de l'équipe, les « accompagnateurs AC et CSB », travaille auprès des agents communautaires (AC) et de l'équipe des centres de santé de base (Chef CSB, dispensateur qu'ils mettent en lien avec un « AC Mpiara-dia ») en vue de mieux structurer l'aspect « **offre de soins** ».

L'objectif de ce volet est d'améliorer l'autonomie du système : capacité technique des AC dans la prise en charge des enfants, disponibilité continue en médicaments, suivi régulier et continu des activités des AC (grâce aux rapports mensuels). Des séances de travail sont réalisées avec les AC pour renforcer leur capacité technique. En dehors des séances générales, regroupant tous les AC au niveau du CSB, des ateliers par petits groupes sont réalisés. Des ateliers de travail sont également faits auprès de l'équipe CSB. Il s'agit essentiellement de les accompagner dans l'encadrement des AC, dans la gestion des stocks de médicaments, dans l'utilisation des outils de gestion pour la consolidation des rapports des AC. Des outils et méthodologies d'approche ont été développés pour ces séances d'accompagnement.



1. Les fondements de l'orientation stratégique actuelle

Durant l'année 2010, nous avons constaté dans plusieurs communes rurales du district de Manakara où des réseaux d'agents communautaires (2 par fokontany soit environ une douzaine par CSB) avaient été mis en place et transférés aux services de santé du district (SSD) depuis 2009 :

- d'une part, la diminution progressive du nombre d'agents communautaires remettant leur rapport à leurs CSB de rattachement
- d'autre part, la baisse du nombre d'actes moyens mensuels effectués par AC.

Nous avons donc mené des investigations à la fin de l'année 2010 et début 2011 -auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans, des agents communautaires (AC) et des chefs des centres de santé (CSB) afin d'obtenir des éléments d'explications concernant ces évolutions préoccupantes du système mis en place

Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'un rapport dont voici les principaux points marquants ayant conduit à la mise en place de notre intervention de renforcement du système :

- a. une importante faille au niveau de la demande de soins
- b. des dysfonctionnements constatés au niveau de l'offre de soins.

1. a. Faille au niveau de la demande de soins

Cette étude a révélé de façon assez surprenante, qu'une grande partie des cibles principales, les mères ayant des enfants de moins de 5 ans, ne connaissaient pas (ou plus) les AC formés à la prise en charge des maladies des enfants au niveau leur fokontany ; et ceci sans distinction entre les différents AC éventuellement formés par plusieurs intervenants (Inter Aide, KMS, etc.).

L'étude portait uniquement sur les « AC Pcimec » ayant la responsabilité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans sur les 3 maladies : paludisme, diarrhée, infections respiratoires aiguës : Dans notre échantillon, 44.65% des mères ne connaissaient pas du tout les AC Pcimec de leurs fokontany. Et en ce qui concerne les mères qui connaissaient les AC, seulement 20.57% connaissaient parfaitement les domaines de compétence des AC Pcimec.

Par ailleurs, nous avons constaté que l'achat spontané de médicaments auprès des « boutiques » (épiceries vendant également des comprimés divers, même si cette pratique est théoriquement illégale à Madagascar) était très important et ce pour presque toutes les maladies. L'enquête ayant révélé qu'en cas de fièvre de leurs enfants, survenue *le jour de l'enquête*, 54.05% des mères achetaient directement des médicaments dans les boutiques ; 87.50% pour les diarrhées et 48.48% pour les infections respiratoires aiguës (IRA). Parallèlement, les AC étaient consultés, seulement à hauteur de 8.11% pour les fièvres, 12.5% pour les diarrhées et 3.03% pour les IRA.



Exemple de constat concernant les comportements de recherche de soins des mères d'enfants de moins de 5 ans (Tableau extrait du rapport d'étude sur les activités et l'environnement des Agents Communautaires Pcimec dans le District de Manakara ; Inter Aide janvier 2011) :

Nombre de mères enquêtées ayant eu un (ou plusieurs) enfants atteints de fièvre dans le mois précédant l'étude		155	%
Comportement de recherche de soin des Mères d'enfants atteints de fièvre	Achat médicament à la boutique	69	44,5
	CSB	55	35,5
	AC Pcimec	20	12,9
	Médecine traditionnelle	9	5,8
	Rien	2	1,3

1. b. dysfonctionnement au niveau de l'offre de soins

Le dysfonctionnement au niveau de l'offre de soins constatée (traduite par une diminution des actes et du nombre de rapports d'activité remis pas les AC) concernait essentiellement le système d'approvisionnement en médicaments et l'organisation des échanges d'information et de médicaments entre les acteurs clés de la santé infantile dans ces zones rurales (AC – CSB).

- Dysfonctionnement du système d'approvisionnement en médicaments

Une des raisons évoquées par les AC concernant la non-remise des rapports aux CSB était le faible nombre de cas pris en charge (54.38% des AC ont évoqué ce fait comme cause de leur comportement). En effet, la quantité de médicaments qui leur était confiée devait suffire pour couvrir environ 3 mois d'activité, or avec le faible nombre d'actes réels effectués, ces stocks pouvaient couvrir environ 5 mois d'activité. Tant que les AC avaient de médicaments, ils ne jugeaient pas utile de remettre leur rapport aux CSB.

Cependant, une étude plus poussée, nous a permis de constater que cette affirmation des AC était seulement en partie vraie. En effet la diminution du nombre de cas traités était liée essentiellement à la diminution des stocks de médicaments disponibles au niveau des AC (nulle pour certains).

Cette situation révélait donc un dysfonctionnement dans le système d'approvisionnement en médicaments mis en place. En effet, si les modalités d'approvisionnement-réapprovisionnement en médicaments prévues avaient été bien suivies, il n'y aurait pas dû y avoir de rupture de médicaments (sauf cas temporaire de rupture générale de médicaments sur le marché).

Le système d'approvisionnement – réapprovisionnement mis en place peut être en effet résumé par la formule suivante :

Quantité de médicaments consommés = quantité de médicaments à réapprovisionner.

Cette formule étant valable tant pour les AC et pour les CSB. Lorsqu'un tel système est appliqué rigoureusement, il ne doit pas y avoir de rupture de stock (De fait, il y avait généralement des médicaments disponibles au niveau des CSB qui avaient été réapprovisionnés avec notre appui suivant les rapports et les quantités qu'ils déclaraient avoir données aux AC).

Les failles n'étaient donc pas liées au système mis en place en soi, mais à une application défailante de ce système :

- les CSB réapprovisionnaient les AC en fonction du nombre de cas déclarés dans les rapports des AC. Or, certains AC ont fait une *sous-déclaration du nombre d'actes* (pour dissimuler des médicaments non payés par les mères –donnés à crédit- ou par mauvaise foi afin de garder une partie des sommes collectées etc...) ;
- il est arrivé également que certains CSB n'ont pas réapprovisionné les AC en suivant ce système : réapprovisionnement des AC à quantité égale quelque soit les quantités consommées par l'AC (ou donnant aux AC la quantité qu'ils souhaitaient). Du coup, certains



médicaments ont été en rupture car la quantité donnée aux CSB par la suite ne correspondait plus au nombre de cas pris en charge par les AC.

- Par ailleurs, les AC eux-mêmes manquaient d'information et ne savaient pas exactement la quantité de médicaments qu'ils devaient recevoir pendant les séances de réapprovisionnement au niveau de leur CSB de rattachement.
- Dysfonctionnement en cas de départ d'un acteur sans formation du successeur

Il s'agit à la fois des problèmes de passation en cas de départ d'un AC et/ou du chef CSB mais également des cas de vacance de chef CSB.

En ce qui concerne les départs d'agents communautaires: En cas de départ, l'AC sortant normalement doit faire une passation au Chef CSB et au « corps des AC » (représenté par le chef Cosan). Il doit remettre les médicaments restants, l'argent des médicaments, les outils (cahier de prise en charge) pour que le nouvel AC remplaçant (devant être nommé et formé par le chef CSB) puisse continuer à offrir des soins de santé communautaires dans son fokontany.

L'étude a montré que dans les faits, cela ne s'est généralement pas passé comme cela : les AC sont partis sans faire de passation et sans laisser les médicaments ni l'argent correspondant...

En ce qui concerne les départs de Chef CSB (mutations...) : il est arrivé également lors de départs d'un chef CSB qu'il n'y ait pas de passation correcte effectuée avec le nouveau chef CSB... souvent les stocks de médicaments ne correspondaient pas forcément aux stocks théoriques, de même pour les sommes collectées.

Enfin un autre cas très problématique se pose quand le poste de Chef CSB reste vacant pendant une certaine période (ce qui est malheureusement souvent le cas dans cette zone enclavée de Madagascar) : dans ce cas de figure c'est tout le système qui s'est arrêté de fonctionner à l'échelle de la zone de couverture du CSB (généralement une commune) car il n'y avait plus de réapprovisionnement de l'ensemble des AC en médicaments (en effet le maintien du stock de médicaments des AC au niveau des CSB est assuré par le chef CSB qui est réapprovisionné lors des revues mensuelles au district).

- Problèmes d'organisation des acteurs

Ce type de problème a concerné la planification des réunions entre les AC et les Chefs CSB. Deux types d'organisation étaient prévues pour ces réunions : soit il y avait un planning préétabli dans l'année que les AC connaissaient déjà (exemple : tous les 20 du mois ou tous les jeudis de la quatrième semaine du mois) ; soit un planning élaboré de mois en mois (pendant la réunion de ce mois, à chaque rencontre on décidait du rendez-vous suivant ou le Chef CSB décidait une date et informait les AC par convocation).

Ces deux modes d'organisation ont eu des performances différentes au regard des déclarations des AC qui ont affirmé que la non connaissance ou l'oubli de rendez-vous au CSB était une cause de non remise de rapport : 63.6% des problèmes venaient des CSB où le rendez-vous était fixé de mois en mois (36.4% des CSB où il y avait une planification annuelle préétablie).

Par ailleurs, nos agents de terrain ont révélé que même pour des rendez-vous fixés à l'avance, il arrivait que le chef CSB dérogeât à cette planification en demandant aux AC de revenir à une date ultérieure, ce qui posait problèmes aux AC qui s'étaient déjà déplacés.

La constatation de ces failles, nous a amenés à élaborer une intervention de renforcement du système à deux niveaux: au niveau de l'offre et au niveau de la demande de soins.

- Une équipe du projet travaille essentiellement sur l'aspect demande : les **agents facilitateurs**
- Une autre équipe travaille sur l'amélioration de l'offre : les **accompagnateurs AC et CSB**.

Juillet 2013 - 7



Réseau PRATIQUES

Partages d'expériences et de méthodes pour améliorer les pratiques de développement

<http://www.interaide.org/pratiques>

2. L'intervention des agents facilitateurs (action au niveau des mères sur l'amélioration des comportements de demande de soins)

2-a. Objectifs

L'intervention des facilitateurs du projet vise à conscientiser les mères sur l'importance d'une médication adaptée à la maladie, à améliorer la notoriété des AC auprès des mères et à sensibiliser les mères à consulter les AC en cas de maladie de leurs enfants.

Les agents facilitateurs sont basés dans les fokontany, durant leur temps de présence « en brousse », ils doivent également renforcer la compétence technique des AC en fonction des besoins identifiés.

2-b. Description de l'intervention

A. Planification globale

L'intervention dure 6 mois pour chaque zone. Durant cette période, un facilitateur peut accompagner environ 1 200 mères (120 groupes de 10 mères).

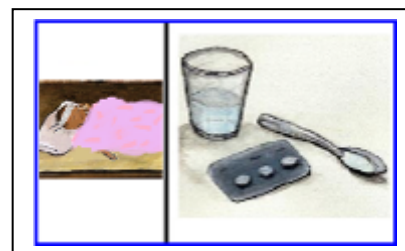
Un certain nombre de réunions préparatoires avec les responsables communaux et de chaque fokontany, les acteurs de santé et les autorités traditionnelles sont organisées afin de préparer l'arrivée des agents facilitateurs. Des « enquêtes avant intervention » sont également effectuées durant cette période. (Pour plus de détails se référer à l'annexe 1).

Pendant le premier mois d'intervention, le facilitateur (basé dans les villages durant des périodes de 3 semaines) procède essentiellement à une phase de diagnostics de chaque *fokontany* et de détection des personnes ressources, suivent ensuite des réunions avec le *fokonolona* permettant la formation des groupes de mères ; cette phase initiale se fait généralement pendant les 3 à 5 premières semaines d'intervention suivant l'étendue géographique de la zone.

* Après cette phase de diagnostic, le facilitateur procède aux ateliers avec les groupes de mères (cf. description ci après et en annexe 1). Des outils illustrés et adaptés aux situations socio-économiques des mères, souvent illettrées, ont été conçus par l'équipe du projet pour faciliter la transmission des messages.

B. Déroulement des ateliers avec les mères (Cf. annexe 1)

L'intervention est basée selon un principe d'ateliers ludiques et participatifs. Les mères sont regroupées par groupes de 10. Le facilitateur fait deux ateliers par groupe avec toutes les mères. Ces ateliers sont organisés au niveau des *fokontany* et des sous-villages. Des cartes illustrées sont utilisées comme support de formation (cf. ci contre et annexes 1 et 5) pour les mères qui sont généralement analphabètes.

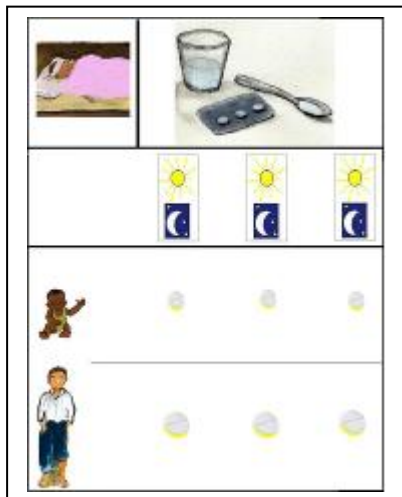


Messages clés devant être retenus par les mères à l'issue des ateliers :

1. Il faut emmener directement un enfant malade chez l'AC dès que l'enfant est malade.
2. Les 3 règles d'une médication adaptée : médicaments adaptés à la maladie de l'enfant ; médicaments adaptés à l'âge de l'enfant ; les traitements doivent être suivis jusqu'à la fin.

L'atelier 1 dure environ 45 minutes à 1 heure avec l'intervention de l'AC. Le déroulement de cet atelier est décrit de façon précise dans l'**annexe 1**.





← *Première règle* : médicament adapté à la maladie

← *Deuxième règle* : durée de traitement à respecter

← *Troisième règle* : posologie des médicaments en fonction de l'âge de l'enfant

Atelier 2 : Jeu parcours santé :

Ce jeu de révision dure environ 45 minutes : Il vise à faire reformuler les messages aux mères formées durant l'atelier 1 (cf. description du déroulement en annexe 1 et illustration en annexe 5).

Des journées festives sont enfin organisées pour clôturer les activités au niveau de la commune. Durant ces journées les femmes de chaque *fokontany* sont conviées à participer aux activités : Il y a des concours de jeu, des sketches, chants, etc.



Tableau récapitulatif des activités des agents facilitateurs :

Activités	Responsable	Préparation		Phase intervention							
		1,5 mois avant	1 mois avant	Arrivée	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 5	Mois 6	
Réunion avec le maire, responsables communes, chef CSB	Adjoint technique et/ou accompagnateur AC/CSB										
Réunion avec chefs <i>fokontany</i> , AC	Adjoint technique et/ou accompagnateur AC/CSB										
Réunion avec chefs <i>fokontany</i> , AC, responsables communes, chef CSB	Maire, chef CSB, agent facilitateur										
Diagnostic des <i>fokontany</i>	Facilitateur										
Enquêtes avant intervention	Facilitateur										
Constitution des groupes de mères	Facilitateur										
Réunion avec le <i>fokonolona</i>	Facilitateur										
Ateliers avec les mères	Facilitateur										
Journée festive	Facilitateur										



C. Renforcement des compétences techniques des AC

Cette action des facilitateurs est menée en continuité des activités déjà réalisées par les accompagnateurs avec les AC (cf. description ci après). Elle consiste à évaluer leurs capacités (à l'aide d'exemples concrets) et à renforcer leurs compétences (diagnostic et prescription, suivi des stocks, remplissage des cahiers) au cours de plusieurs rencontres formelles et informelles (cf description des rencontres en annexe 2).

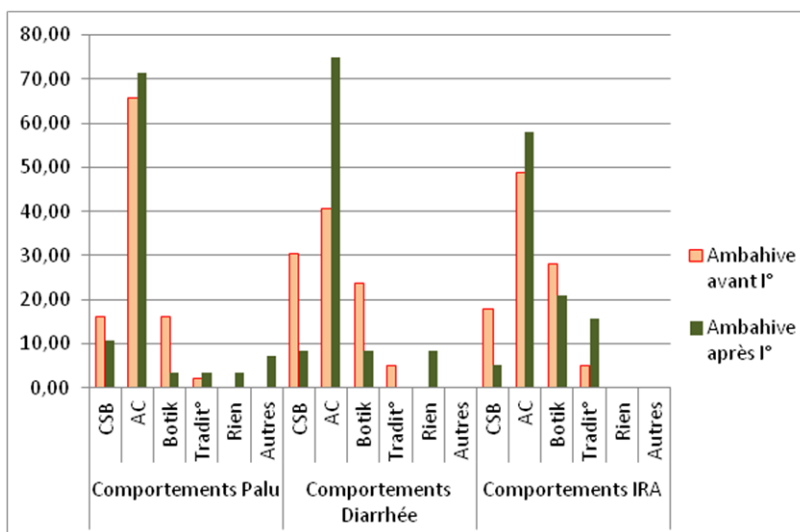
D. Accompagnement des boutiquiers

L'accompagnement des boutiquiers a pour objectif principal de les sensibiliser sur les dangers d'une médication non appropriée, surtout pour les enfants de moins de 5 ans et d'avoir leur collaboration pour référer les enfants malades vers les agents communautaires.

Le facilitateur doit d'abord cultiver une relation de confiance avec le boutiquier (par exemple lors d'achat de denrées chez lui durant son séjour). Cette démarche peut prendre plusieurs jours jusqu'au deuxième mois d'intervention. A travers ces contacts plus ou moins fréquents, la conversation s'installe progressivement. Le facilitateur commence à expliquer le but de son intervention, les objectifs et les problématiques. Il insiste sur la fragilité des enfants des moins de 5 ans. En exemple, il avance que la maladie d'un enfant pourrait s'aggraver rapidement et il pourrait en mourir s'il n'est pas traité à temps ou de façon adéquate (exemple d'un enfant atteint de paludisme devant recevoir un traitement adéquat dans les heures qui suivent pour éviter des complications graves voire mortelles). Le facilitateur présente également les médicaments et la posologie adaptés aux 3 maladies infantiles ciblées puis il demande la collaboration du boutiquier pour référer les enfants chez les AC qui ont reçu des formations dans ce sens. Le facilitateur lui propose de mettre une affiche dans sa boutique pour que les gens et surtout les mères d'enfants de moins de 5 ans puissent se rappeler qu'il faut aller voir l'AC pour les enfants malades (« se rappeler » car les femmes devraient déjà avoir entendu les messages durant les ateliers).

2-c. Eléments illustratifs sur les résultats obtenus

Les enquêtes effectuées avant et après intervention montrent une évolution notable dans le comportement des mères pour la recherche des soins (augmentation des consultations des AC et du CSB ; réduction des achats à la boutique) et une amélioration des connaissances des mères en ce qui concerne le rôle des AC et les messages clés ainsi qu'une augmentation de la notoriété des AC dans les zones d'intervention.



Graphe : résultat d'une enquête sur l'évolution du comportement des mères pour la recherche de soin avant et après intervention des agents facilitateurs (en % de choix, commune d'Ambahive, janv.13).



3. L'intervention des Accompagnateurs AC et CSB (amélioration de l'offre de soins).

3-a. Objectifs

Cette intervention vise à améliorer et rendre effectif et « roder » le système d'offre de soins délivré par les agents communautaires en lien avec les CSB (en charge de leur suivi et approvisionnement) pour que :

- chaque acteur soit convaincu de l'importance de leur rôle respectif
- chaque acteur s'approprie du système
- chaque acteur soit vraiment compétent dans son rôle
 - ❖ qu'il y ait à tout moment une offre de soins fonctionnelle et en continu (acteurs + médicaments)

Elle vise à la mise en place d'une « équipe CSB » formée par le Chef CSB, le dispensateur et 2 « AC Mpara-dia » (représentants et « guides » des AC) en charge du réapprovisionnement en médicament et du suivi continu des AC.

Illustration : réapprovisionnement des AC au CSB de Mangasiotra, District de Manakara (en présence de la chef CSB et du dispensateur).



3-b. Déroulement

L'intervention comporte 3 principales étapes avec plusieurs sous-étapes (ces étapes sont détaillées en annexe 3).

Etape 1 : Diagnostic de la situation du CSB (avec le chef CSB et le dispensateur).

A travers les outils du CSB (cahier de rapport + fiche de stock), l'accompagnateur fait le bilan avec les responsables du CSB (Chef CSB, dispensateur). Ils vérifient ensemble les stocks de médicaments étudient la méthodologie en place pour le suivi des AC (prise des rapports, réapprovisionnement en médicaments...).

L'accompagnateur examine également comment le chef CSB a géré les cas éventuels de démission ou départs d'AC

Souvent, à chaque point considéré, des anomalies sont constatées et un dialogue est établi avec le chef CSB et le dispensateur pour en établir les raisons et réfléchir sur les conséquences de ces anomalies sur la fonctionnalité du système mis en place.

Etape 2 : Diagnostic de la situation des AC

Il s'agit d'un diagnostic participatif en partant de cas concrets existant dans le cahier des AC. L'accompagnateur amène les AC à trouver leurs lacunes et les points sur lesquels il faut être très vigilant.

- a. Evaluation des compétences techniques et des problèmes liés à la gestion des médicaments

Amener les AC à constater par eux-mêmes leurs points forts et points faibles via leur propre cahier d'activités (*kahie fandraisana marary*) en ce qui concerne la démarche diagnostique, les médicaments et leur posologie et l'utilisation des outils de gestion (des médicaments et de l'argent correspondant).



Ceci nécessite l'étude de cas de plusieurs AC afin que les difficultés soient toutes exposées.

Parmi les problèmes fréquemment constatés concernant la gestion de médicaments et de l'argent correspondant la question de la délivrance de médicaments à crédit est une des principales difficultés rencontrée par les AC : en effet la pression sociale de la communauté leur impose de soigner les enfants même si les mères n'ont pas d'argent ce qui les place ensuite dans une problématique complexe de recouvrement des sommes dues.

Les problèmes de réapprovisionnement non conformes à la règle de réapprovisionnement par les CSB sont également fréquents.

b. Diagnostic des problèmes d'organisation

Ce diagnostic vise à identifier les problèmes liés aux absences des AC lors des rencontres aux CSB, à améliorer leur planification et le remplacement des AC en cas de démission ou départ (nécessité de passation...).

Etape 3 : Accompagnement des AC, du personnel du CSB et des AC *Mpiara-dia* **(cf. détail en annexe 4).**

a) Accompagnement des AC

Les objectifs sont multiples :

- redynamiser les AC
- conscientiser les AC sur l'importance de leur rôle pour les enfants de leurs *fokontany*
- conscientiser les AC sur l'importance d'un diagnostic juste et d'une médication adaptée
- maîtrise de la démarche diagnostique, des médicaments et de la posologie des médicaments par les AC
- maîtrise de l'utilisation des outils de gestion (cahier de prise en charge des malades et fiche de stock de médicaments) par les AC.

Démarche :

L'accompagnateur divise les AC en groupes. Il effectue une série d'accompagnement par groupe.

Accompagnement 1 vise à conscientiser les AC sur l'importance d'un diagnostic juste et d'une médication adaptée / maîtrise de la démarche diagnostique, des médicaments et de la posologie des médicaments par les AC.

Accompagnement 2 vise à maîtrise du test de diagnostic rapide (TDR) par les AC.

Après cet accompagnement les AC auront intégré le principe de réapprovisionnement *en médicaments (quantité de médicaments consommés = quantité de médicaments à réapprovisionner)* et du circuit de l'argent correspondant. Avant chaque réunion au CSB, les AC doivent savoir au préalable la quantité et le type de médicaments qu'ils doivent recevoir.

Nous avons remarqué que le fait de faire les accompagnements en petits groupes et d'aller dans les *fokontany* (les accompagnements se font souvent dans la maison d'un AC) permet un contact plus profond avec les AC (en comparaison avec les habituelles réunions ou formations au niveau du CSB) ; les AC deviennent alors beaucoup plus ouverts et aptes à évoluer dans leurs pratiques.

Durant ces différents accompagnements, l'accompagnateur détecte les meilleurs AC qui vont devenir des AC *Mpiara-dia* (ou AC Guide) qui auront un rôle de leader d'appui et de représentation du groupe d'AC au sein de la commune.

a) Accompagnement du personnel du CSB

Il s'agit de l'accompagnement du chef CSB et du dispensateur dans leur rôle vis-à-vis du suivi des AC et de leur réapprovisionnement régulier en médicaments.



Accompagnement 1 : l'accompagnateur rappelle les constats établis lors de la phase de diagnostic de la situation au niveau du CSB et des AC ; par la suite, il travaille avec le chef CSB et le dispensateur pour la mise en place d'un système efficace permettant la collecte des rapports des AC et leur réapprovisionnement en médicaments.

Accompagnement 2 : exercices pratiques avec quelques données venant des AC.

Accompagnement 3 : pratique lors de la rencontre CSB – AC (avec les AC Mpiara-dia).

b) Accompagnement des AC Mpiara-dia

L'accompagnateur cible quelques AC (2 ou 3 suivant le CSB) pour être des AC *Mpiara-dia*. Ces AC joueront un rôle important lors des rencontres mensuelles, ils sont en effet chargés d'appuyer le dispensateur dans le réapprovisionnement des médicaments : vérification obligatoire des stocks réels de médicaments au niveau CSB avant et après réapprovisionnement des AC ; vérification obligatoire des stocks réels de médicaments des AC avant le réapprovisionnement, etc.

Accompagnement 1 : entretien individuel + formation. Le contenu de la formation des AC *Mpiara-dia* est le même que celui dans l'accompagnement des dispensateurs

Accompagnement 2 : suivi et exercices (séance avec le dispensateur).

Après les formations, les différents acteurs mis en place (AC *Mpiara-dia*, dispensateur, chef CSB) commencent à assumer leur rôle dès la rencontre AC – CSB. L'accompagnateur les encadre durant ces rencontres.



Tableau récapitulatif des démarches d'un accompagnateur au niveau d'un CSB

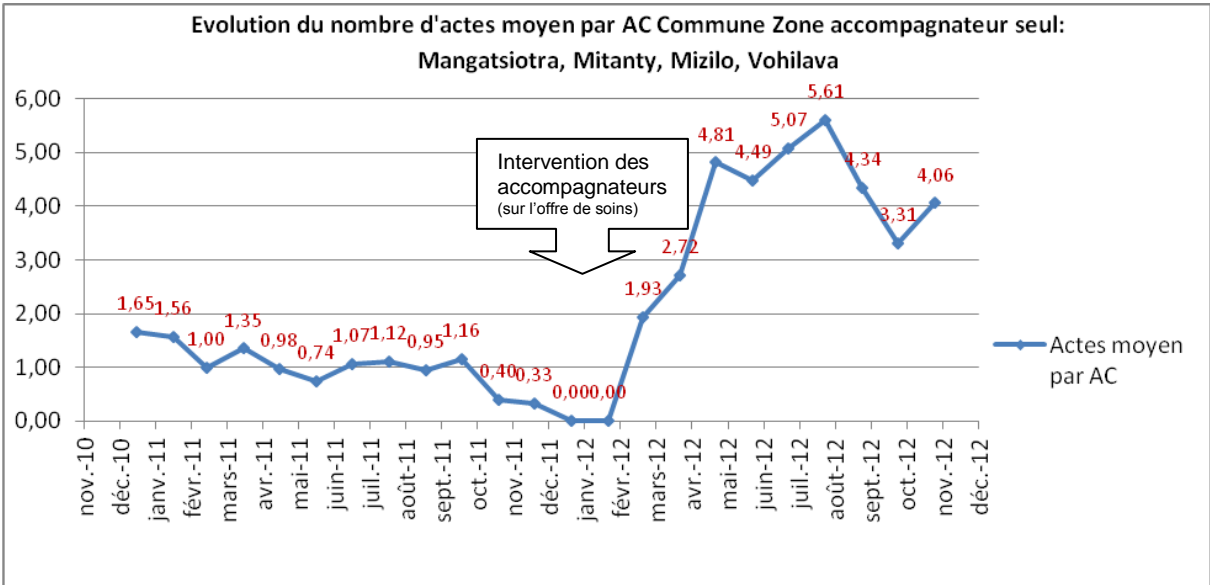
Démarche	Description	Bénéficiaire
Convocation AC	Convocation des AC pour Réunion générale	
1	<u>CSB</u> Diagnostic CSB+ Analyse problèmes diagnostiqués + réflexion sur mesures à prendre	Chef CSB
2	<u>Réunion générale avec les AC:</u> - Diagnostic des problèmes via des entretiens sur la situation des médicaments/AC (=> définition des sommes à rembourser par les AC ("vary mangatsiaka") + calendrier de remboursement des sommes dues), ciblage des AC Mpiara-dia, fixation rendez-vous étape suivant, fixation des rendez-vous de l'année, division des AC en petit groupe pour avoir un meilleur suivi	Agents communautaires
3	<u>Accompagnement Chef CSB</u> : rappel sur le système mis en place (pour éviter la réapparition des problèmes) + partage des autres problèmes constatés dans d'autres CSB+ apprentissage de la méthodologie pour un meilleur rendement de travail (séquence cahier AC, copie dans cahier CSB, puis cahier de stock tout de suite après) - Remise à niveau des CSB sur le fonctionnement du système	Chef CSB
4	<u>Accompagnement AC</u> Atelier AC + appui technique (diagnostic+médicaments+posologie)	En groupe d'AC (2 à 3 groupes/ commune)
5	<u>Accompagnement AC Mpiara-dia</u> ☒ Entretien ciblé avec l'AC Mpiara-dia (conscientisation, sensibilisation sur l'importance de la mise en place d'un AC Mpiara-dia) ☒ Formation de l' AC Mpiara-dia sur les outils de gestion, vola, médicament	AC Mpiara-dia
6	<u>Accompagnement dispensateur</u> ☒ Entretien ciblé avec le dispensateur (conscientisation, sensibilisation sur l'importance de l'implication du dispensateur) ☒ Formation du dispensateur sur les outils de gestion, argent, médicament	Dispensateur
7	<u>Accompagnement AC</u> Formation AC sur TDR + pratique + exercice	En groupe d'AC
8	<u>Accompagnement AC</u> Accompagnement sur outils de gestion et la méthodologie (fonctionnement du système de réapprovisionnement en médicaments) + exercices sur outils de gestion	en groupe d'AC (environ 2 à 3 groupes / commune au max)
9	<u>Suivi du système</u> Application du système lors de la rencontre CSB - AC avec implication de l'AC Mpiara-dia, le dispensateur (Inter Aide en appui)	AC- Chef CSB - Dispensateur – AC Mpiara-dia
10	Bilan avec les AC Mpiara-dia et le dispensateur et + d'encadrement si besoin	Chef CSB - Dispensateur – AC Mpiara-dia
11	<u>Suivi du système</u> Suivi de l'application du système (après la rencontre AC - CSB pour éviter des dépendances) + encadrement si nécessaire	AC- Chef CSB - Dispensateur – AC Mpiara-dia
12	Suivi inopiné au niveau AC pour vérifier la maîtrise du système	AC

Remarques : Les appuis techniques des acteurs (atelier, accompagnements sur diagnostic, TDR, médicaments, posologie, outils de gestion) peuvent être faits en 4 mois (si l'accompagnateur a en charge environ 8 CSB) Les suivis de l'application du système ne peuvent se faire qu'une fois par mois lors de la rencontre AC – CSB, ce qui nécessite des mois supplémentaires (à part les 4 mois).



3-c. Eléments illustratifs sur les résultats obtenus

Les activités d'accompagnement permettent d'augmenter les prises en charges d'enfants malades effectués par les AC ainsi que l'illustre le graphe ci dessous



Durant les 2 premières années d'intervention 19 CSB ont bénéficié d'un accompagnement dans le district de Manakara. Ces CSB sont actuellement en phase d'autonomisation.

Nous pensons que les principaux critères ci-après sont les plus importants pour qualifier l'autonomie et la fonctionnalité d'un CSB :

- motivation des acteurs : AC, équipe CSB (Chef CSB, dispensateur, AC Mpiara-dia)
- gestion des médicaments : stock réel = stock théorique au niveau de chaque AC et au niveau du stock du CSB (responsabilité de « l'équipe CSB »)
- capacité technique des acteurs dans l'utilisation des outils de gestion (cahier AC, cahier de rapport CSB, cahier de stock)
- capacité à trouver des solutions en cas de problème.

Nous avons constaté que dans la plupart du temps, quand il y a des problèmes, les AC et AC Mpiara-dia maîtrisent le fonctionnement du système et arrivent à identifier leurs problèmes et y apporter des solutions. Par contre, quand le problème concerne le chef CSB ou quand la solution implique le Chef CSB (non-respect des procédures par le chef CSB), ils n'arrivent pas à aller jusqu'au bout de leur démarche pour obtenir une solution.

Bibliographie

1. Rasoamampianina Miora Andoniaina (2011). **Rapport d'étude sur les activités et l'environnement des Agents Communautaires Pcimec dans le District de Manakara**- Période de l'étude : Décembre 2010 / Janvier 2011. Inter Aide Santé Manakara.
2. Rasoamampianina Miora Andoniaina (2010-2013). **Rapport annuels et lettres d'informations sur les interventions du programme santé d'Inter Aide santé Manakara- Mananjary**.
3. Rochat Olivier (2011). Procédure à suivre pour faire les Tests de Dépistage Rapide (TDR). Inter Aide Santé Farafangana. <http://www.interaide.org/pratiques/content/programme-de-sant%C3%A9-maternelle-et-infantile-%C3%A0-farafangana-madagascar-pr%C3%A9sentation-2011-et>

Annexes

Annexe 1 : Description de l'intervention des facilitateurs et du déroulement des ateliers 1 et 2 visant à améliorer la recherche de soin par les mères d'enfants de moins de 5 ans.

Annexe 2 : Déroulement des activités de renforcement des compétences techniques des AC par les agents facilitateurs.

Annexe 3 : Déroulement des Activités de renforcement du système d'offre de soin par les agents accompagnateurs.

Annexe 4a : Les résultats possibles d'un TDR

Annexe 4b : Les résultats possibles d'un TDR

Annexe 5 : Jeu « Parcours santé » illustrations et règles



Annexe 1 : Description de l'intervention des facilitateurs et du déroulement des ateliers 1 et 2 visant à améliorer la recherche de soin par les mères d'enfants de moins de 5 ans.

L'intervention comporte 3 principales étapes avec plusieurs sous-étapes. Elle est précédée par une phase préparatoire et de diagnostic initial.

*Réunion préparatoire : Environ un mois et demi avant l'arrivée des facilitateurs, l'Adjoint technique du programme (Mr.Rufin Rasoloniaina) ou un accompagnateur AC / CSB fait une réunion avec le chef CSB, le maire et les responsables au niveau de la commune pour présenter l'intervention que l'on envisage avec les facilitateurs (les objectifs, le déroulement, la durée etc.). C'est aussi à cette occasion que l'on présente aux responsables communaux les besoins en logements. Une autre réunion, au niveau de la commune, est prévue par la suite avec les chefs fokontany et les agents communautaires. Cette fois ci, on passe par la Commune pour réunir ces personnes. Les objectifs restent les mêmes : présentation du projet, préparation de l'accueil du facilitateur et de son logement.

* Avant le départ sur le terrain, le facilitateur prend connaissance des données sur les fokontany où il interviendra : le nombre des mères à accompagner, la situation géographique des fokontany, les renseignements concernant les Agents communautaires dans ces fokontany etc. Il élabore un planning général (calendrier pour le diagnostic de chaque fokontany, la réunion avec les fokonolona de chaque fokontany etc.)

* A l'arrivée sur le terrain, une réunion est organisée avec les AC, les chefs fokontany et les responsables de la commune d'intervention. Après la phase protocolaire, l'Agent facilitateur présente son planning prévisionnel de visite dans chaque fokontany pour que les chefs fokontany et les AC puissent l'accueillir et le guider à chaque date prévue.

* Pendant le premier mois d'intervention, le facilitateur procède essentiellement à une phase de diagnostics de chaque fokontany. Il s'agit à la fois d'un diagnostic de l'environnement en matière de santé (les AC existants et les autres offres de soins alternatives informelles telles que les boutiques vendant des médicaments...) et d'un diagnostic d'ordre plutôt géographique et démographique. A cette occasion, il étudie les distances et commence à réunir les mères par groupe (au niveau des fotro, des sous-villages). En parallèle et avant de parler du projet, il effectue les « enquêtes avant intervention ». C'est également pendant cette phase qu'il détecte les personnes ressources par sous-village pouvant l'aider à organiser les ateliers (il peut s'agir d'une femme leader, d'un Mpanjaka, du chef fokontany etc., suivant chaque sous-village). Le facilitateur s'appuie sur ces personnes ressources pour pouvoir réunir les femmes de chaque groupe suivant le planning établi.

*A la fin de cette période, le facilitateur fait une réunion générale au niveau du fokontany pour présenter le projet aux fokonolona. (Des enquêtes « avant intervention » ont également été faites préalablement à cette réunion pour ne pas biaiser les réponses).

Cette phase de diagnostic, enquêtes avant intervention, détection des personnes ressources, réunion avec le fokonolona et la formation des groupes de mères se fait généralement pendant les 3 à 5 premières semaines d'intervention suivant l'étendue géographique de la zone.

**Après cette phase de diagnostic, le facilitateur procède aux ateliers avec les groupes de mères (Cf. description ci après et en annexe). Des outils illustrés et adaptés aux situations socio-économiques des mères, souvent illettrées, ont été conçus par l'équipe du projet pour faciliter la transmission des messages.*



Déroulement des ateliers avec les mères

L'intervention est basée selon un principe d'ateliers ludiques et participatifs. Les mères sont regroupées par groupes de 10. Le facilitateur fait deux ateliers par groupe avec toutes les mères. Ces ateliers sont organisés au niveau des *fokontany* et des sous-villages.

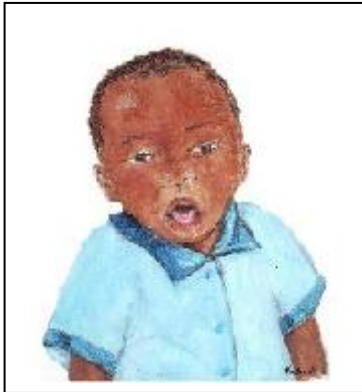
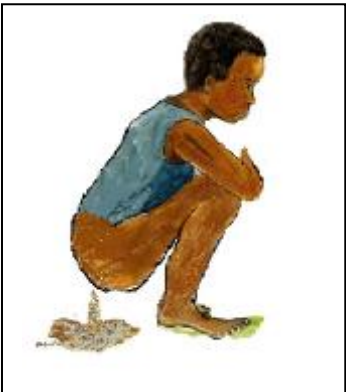
L'atelier 1 dure environ 45 minutes à 1 heure avec l'intervention de l'AC. Le déroulement de cet atelier est le suivant :

Messages clés :

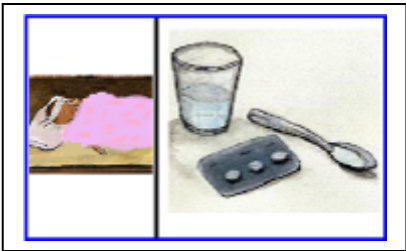
1. Les 3 **conditions d'une médication** adaptée :
 - ❖ Médicaments adaptés à la maladie de l'enfant
 - ❖ Traitements suivis jusqu'à la fin
 - ❖ Médicaments adaptés à l'âge de l'enfant
2. Il faut **emmener directement un enfant malade chez l'AC** pour être sûr d'avoir une médication adaptée.

Déroulement.

1. Le facilitateur dispose les mères en demi-cercle (afin que chacun puisse bien voir et participer). Il met les mères à l'aise et annonce brièvement l'objectif de l'atelier et la durée. Il commence la présentation et demande à chaque mère de se présenter l'une après l'autre (tout en notant dans son brouillon les noms et la place de chacun – important pour pouvoir appeler chacun par leur prénom pendant l'atelier). Après, il énonce quelques règles de base pour le bon fonctionnement de l'atelier : attendre la fin de l'atelier pour saluer les retardataires ou des passants, etc.
2. Le facilitateur capte l'attention des mères en leur demandant si un de leurs enfants est malade ou les maladies les plus fréquentes des enfants. (Généralement, les 3 maladies : fièvre, diarrhée, IRA surgissent toujours). Puis, il regroupe les mères par groupe de 3 à 4 et distribue 3 images évoquant des enfants malades (les 3 maladies) à chaque groupe. Il demande aux mères d'identifier la maladie de l'enfant sur l'image (à chaque fois, les mères arrivent tout de suite à les reconnaître !!!).



Puis, il étale sur le tapis des cartes où figurent des images de médicaments (à côté des médicaments, l'image d'enfant malade vu précédemment) et demande aux mères de prendre ce qu'elles pensent convenir à l'image représentant un enfant malade qui est en leur possession. (Généralement, les mères y arrivent très vite aussi !!).



Ensuite, le facilitateur prend une carte médicament et la place avec une maladie qui ne lui correspond pas. Il demande aux mères pourquoi elles n'ont pas mis la carte ainsi ? L'objectif est que les mères découvrent par elles-mêmes que le médicament n'est pas adapté à la maladie de l'enfant donc ne peut pas soigner l'enfant (très souvent, les mères y parviennent très facilement). Puis, il fait d'autres fausses combinaisons de « maladie – médicaments » et demande aux mères ce qui pourrait se passer si elles optent une telle combinaison. Avec les mères, le facilitateur dégage la première règle d'une médication adaptée : « médicaments correspondant à la maladie ».

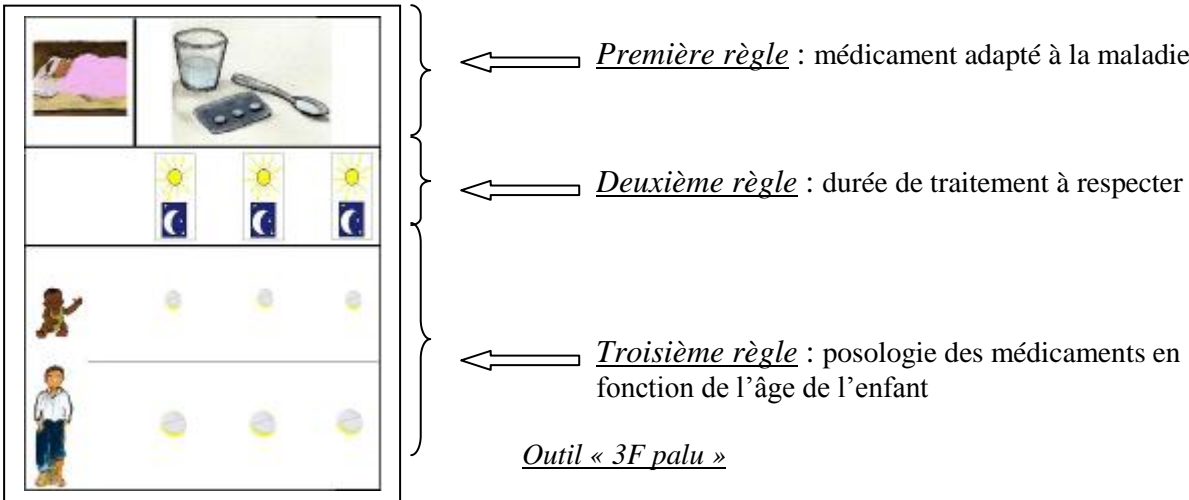
3. Le facilitateur sort l'outil « 3F palu » où il y a les trois règles. Il cache d'abord les deux règles non encore abordées avec les mères et il montre l'image correspondant à la première règle. Puis il montre l'image correspondant à la deuxième règle. Il demande aux mères de décrire l'image (image symbolisant le nombre de jours) et leur demande ce que cela leur évoque. L'objectif est que les mères sachent qu'il s'agit du nombre de jours durant lesquels le traitement doit être pris.

Le facilitateur cache un ou deux jours du traitement et demande aux mères ce qui pourrait se passer après deux jours de traitement et ce qui pourrait se passer si elles arrêtent le traitement au bout de ce deuxième jour. (L'objectif que les mères comprennent que l'enfant pourrait guérir ou semble être guéri mais qu'il y a un risque de rechute, étant donné que les agents de la maladie (les microbes – *bibin'aretina*) ne sont pas tués totalement.

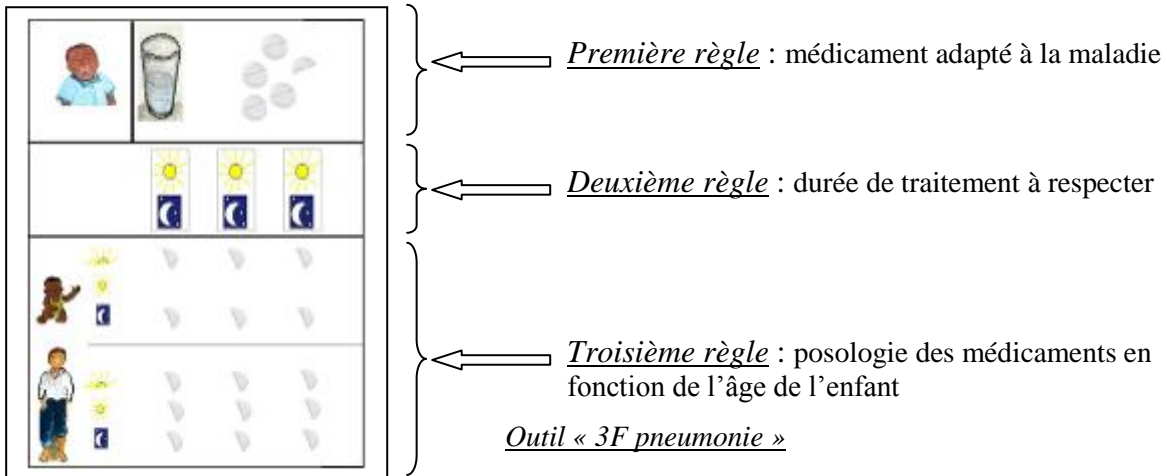
Avec les mères, le facilitateur dégage la deuxième règle d'une médication adaptée : « traitement suivi jusqu'à la fin ». Il redemande également la première règle.

Le facilitateur montre l'image correspondant à la troisième règle (image où il y a deux enfants, l'un plus petit que l'autre). Il demande aux mères de comparer les deux enfants. (On doit avoir comme réponse que l'un est plus petit, l'autre est plus grand). Puis il demande aux mères si ces deux enfants pourraient manger la même quantité de riz (généralement, tout de suite les femmes disent « non »). Puis, il demande ce qui pourrait se passer si l'on donne la quantité de riz du grand au plus petit et inversement. (Là, on a toute une série de réponses : indigestion / insuffisance alimentaire, etc. mais généralement les femmes donnent les bonnes réponses). Puis, le facilitateur annonce que c'est un peu similaire à ça pour les médicaments. Et l'on avance la troisième règle : « Il faut que le dosage des médicaments soit adapté à l'âge de l'enfant » et il ne faut pas donner n'importe comment. Puis le facilitateur demande ce qui pourrait se passer si on a donné le dosage pour l'enfant plus grand au plus petit, etc.

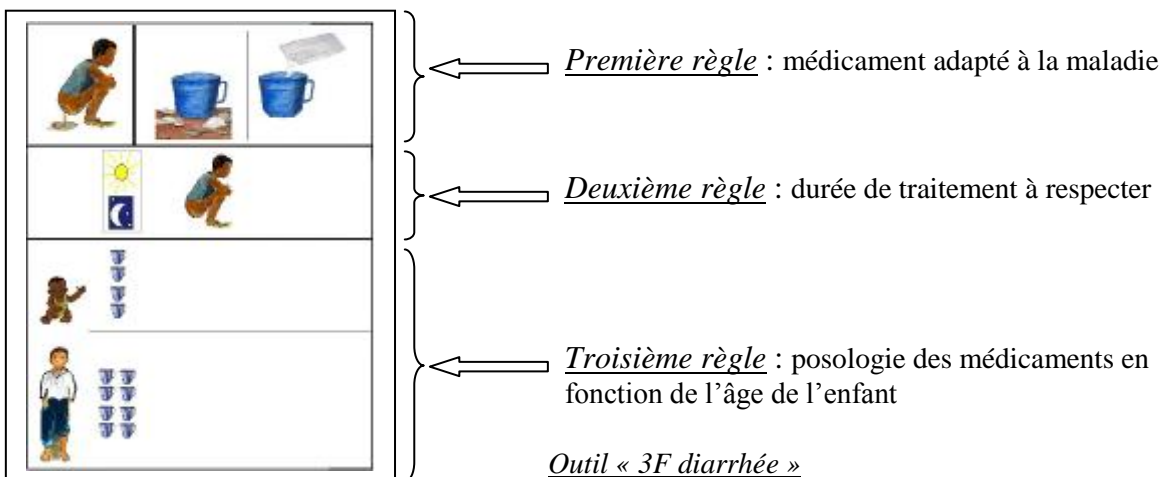
Le facilitateur demande aux mères de rappeler les 3 règles.



4. Le facilitateur expose aux mères qu'il y a beaucoup de maladies qui pourraient présenter les mêmes symptômes. Par exemple, une fièvre peut être due à un accès de paludisme, à une plaie ou à d'autres maladies. Par conséquent, il est souvent difficile de connaître la vraie maladie de l'enfant. Donc, pour avoir une médication adaptée à l'enfant et à sa maladie, il faut aller consulter l'agent communautaire qui a reçu des formations spécifiques en la matière. Il demande aux mères si elles connaissent les AC du *fokontany* (demande les noms ainsi que le domicile). Si elles ne connaissent pas, il les présente (les AC sont normalement avec le facilitateur pendant l'atelier) et les incite à ne pas hésiter à les consulter en cas de maladie.
5. Le facilitateur sort l'outil « 3F pneumonie » où il y a les trois règles. Il demande aux mères de décrire les 3 règles, une par une, si l'on considère la maladie pneumonie.



6. Puis, le facilitateur sort l'outil « 3F diarrhée ». Il demande aux mères de décrire la première règle. Puis, il demande aux mères de comparer l'image « enfant ayant la diarrhée » (sur la première règle) et l'image de « l'enfant guéri » (sur la deuxième règle) dans l'outil et demande aux mères ce que pourrait signifier cette différence (réponse attendue : on donne du SRO à l'enfant jusqu'à ce qu'il n'a plus de diarrhée). Puis, il demande la « 3^e règle » aux mères.



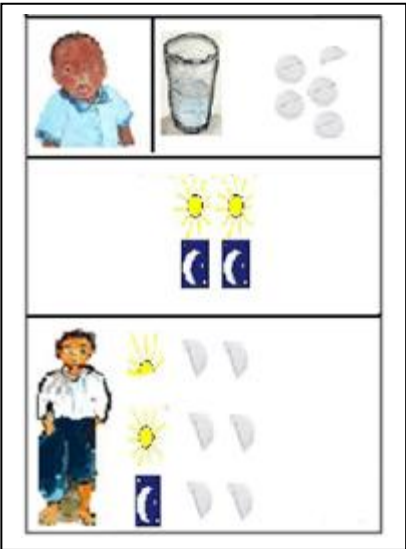
7. Le facilitateur fait un jeu pour bien inculquer les 3 règles et le comportement attendu (consultation de l'AC)

Le facilitateur prend le « jeu de cartes » (avec enfants malades et une série de cartes avec des cartes traitements (dont des faux traitements non adaptés).



Le facilitateur pose une carte maladie (pour voir la maladie que l'on va considérer dans le jeu) et une carte « enfant » (pour voir l'âge de l'enfant). Puis, il prend « les cartes traitement » une par une et demande aux mères de choisir les cartes « conséquences » liées à chaque type de traitement.

Les cartes « traitement » :



Les cartes « conséquence » :



Enfant dont l'état de santé s'améliore

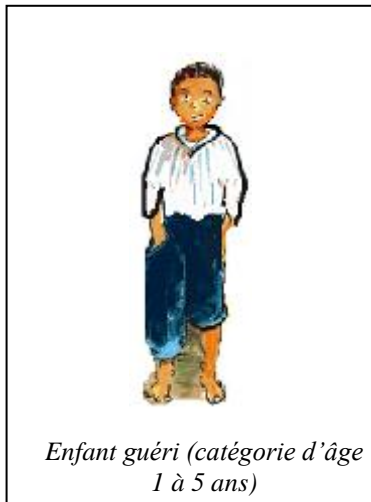


Enfant dont l'état de santé s'aggrave



Enfant guéri (catégorie d'âge inférieur à 1 an)





8. Le facilitateur donne la parole à l'Agent communautaire. L'AC fait une présentation des maladies qu'il prend en charge et les médicaments en sa possession. Il fait une présentation des modes d'administration des médicaments ainsi que les prix de médicaments. Il explique l'importance des prix (pour permettre aux AC de se réapprovisionner en médicaments auprès du CSB).

Durée : L'atelier 1 dure environ 45 minutes à 1 heure avec l'intervention de l'AC

B. Déroulement de l'atelier 2 (jeu du parcours de santé

(Cf. détail des cartes et règles du jeu en annexe 5).

1. Avant de commencer le jeu proprement dit, le facilitateur fait un petit rappel de l'atelier 1 à l'aide du jeu de cartes.
2. Il étale sur le tapis les cartes « traitements » (bons et faux traitements) et les cartes « conséquences de traitement ». Puis, il montre l'image d'un enfant malade de palu, puis il montre également l'âge de l'enfant que l'on va considérer dans le jeu. Puis, il partage les mères en 4 groupes. Puis, il demande à chaque groupe de trouver le bon traitement. Les mères placent « leur traitement » à côté de l'enfant malade et mettent également les cartes « conséquences » liées au traitement choisi. Elles doivent expliquer pourquoi et montrer si les 3 règles sont réunies. Si les mères trouvent tout de suite « le bon traitement », le facilitateur prend une carte « mauvais traitement » et demande aux mères ce qui se passerait si on donnait ce traitement à l'enfant et pourquoi.
3. Puis, le facilitateur fait également d'autres rappels avec un enfant souffrant de pneumonie puis de diarrhée.
4. Après ces jeux de rappel, le facilitateur montre le jeu parcours santé et explique les règles du jeu et commence le jeu
5. Les mères doivent expliquer à chaque fois si les 3 règles d'une médication adaptée sont réunies ou non. A chaque fois, le facilitateur demande également aux mères comment peut-on savoir quelle est la maladie de l'enfant et obtenir une médication adaptée (réponse attendue : aller consulter l'AC et le facilitateur demande également qui sont les AC et où ils habitent).



Ticket de présence :

Afin de favoriser l'assiduité et la présence des mères aux ateliers nous avons également un petit ticket illustré pour les femmes (format 6 x 5 cm avec l'illustration d'une mère emmenant son enfant malade chez un Agent communautaire) : au début de l'atelier, on donne à chaque femme qui assiste à l'atelier le ticket, le facilitateur apporte une brève explication et à la fin de l'atelier, le facilitateur marque la date du prochain atelier (jeu) et le signe. L'objectif est surtout de chercher un effet psychologique : marquer dans l'esprit des mères l'importance de l'atelier et de les faire revenir pour le second atelier / jeu et la fête de la fin d'intervention. Cela incite également les mères absentes à venir aux ateliers suivants.

Journée festive :

Le facilitateur organise finalement une journée festive à la fin de son intervention dans la zone au niveau de la commune ou par groupe de *fokontany*.

Au préalable, il a organisé un concours de jeux avec les mères (avec le jeu parcours santé utilisé pendant l'atelier 2). Des phases éliminatoires se font au niveau de chaque groupe de mères puis chaque *fokontany* aura au final un représentant (un groupe de 2 ou 3 mères). La phase finale du jeu étant effectuée pendant la journée festive.

Pendant cette journée festive, les femmes et les AC vont également présenter des chants et des sketches. Le facilitateur présente de nouveau à cette occasion les différentes affiches que les gens voient dans les *fokontany* (affiche AC, visuel de rappel des messages).



Annexe 2 : Déroulement des Activités de renforcement des compétences techniques des AC par les agents facilitateurs.

Cette action des facilitateurs est menée en continuité des activités déjà réalisées par les accompagnateurs avec les AC (Cf. description ci après). Elle consiste à évaluer leur capacité et à renforcer leurs compétences au cours de plusieurs rencontres formelles et informelles.

Le facilitateur regroupe les AC d'un *fokontany* ou de quelques *fokontany*. Il fait d'abord une évaluation de la compétence technique des AC à partir d'exemples de cas réels.

Rencontre 1

- Il examine le cahier de prise en charge d'un AC.
- Il demande à l'AC ce qui est arrivé à un enfant malade figurant dans le cahier. Il demande l'âge, ce qu'il a fait pour arriver au diagnostic du cahier et ce qu'il a donné comme médicament. (l'échange se fait à haute voix pour que tout le monde puisse suivre).
- Au fur et à mesure, le facilitateur demande aux autres AC s'ils sont d'accord sur le diagnostic, le médicament et la posologie décidé par l'AC en question. S'il y a d'erreur, le facilitateur demande à l'AC de vérifier dans son cahier « manuel » et/ou demande à d'autres AC (nous incitons toujours les AC à consulter leur manuel pour voir la démarche diagnostique et la posologie des médicaments à chaque fois qu'ils consultent un enfant).
- Par ailleurs, en cas d'erreur, le facilitateur emmène les AC à faire des réflexions plus poussées sur les conséquences dangereuses que pourrait engendrer l'erreur.
- Le facilitateur appuie particulièrement un AC en fonction des lacunes qu'il a constaté lors de l'évaluation.
- Le facilitateur évalue également la compétence des AC sur l'utilisation des outils de gestion suivant le même principe (à partir de cas écrits dans le cahier). Il vérifie le remplissage de chaque case (y inclus, la maladie, l'origine des médicaments, l'argent) ainsi que la fiche de stock des médicaments. Il vérifie si chaque feuille a été bien tamponnée par le CSB après chaque remise de rapport (ceci signifie que l'AC a remis l'argent correspondant au CSB).
- Il vérifie par la suite le stock réel de médicaments des AC et confronte si ceci est conforme au stock théorique. S'il y a une différence, le facilitateur emmène l'AC à constater l'erreur et demande les raisons de la différence. A chaque fois, il demande aux AC de trouver une solution pour que l'erreur ne survienne plus (tout en insistant sur le fait qu'il faut rembourser la différence constatée).
- Il demande à chaque AC de calculer l'argent que chacun doit verser au CSB et la quantité de médicaments (par type) que chacun doit recevoir auprès du CSB (ceci entre dans le processus de conscientisation des AC sur leur droit en médicaments, leur appropriation du système et sur la mise en place progressive des contrepoids).

Rencontre 2

- Le facilitateur fait une réunion d'évaluation avec tous les AC (au niveau du CSB par exemple) et à travers des questions/réponses, il évalue la compétence des AC et renforce les points où il y a encore des lacunes.

Rencontre non officielle

- Le facilitateur visite chaque AC de temps en temps. Ceci pour créer un lien et discuter avec l'AC des sujets qu'il aimerait aborder. Ce sont également des occasions pour le facilitateur de l'inciter dans son rôle, de lui montrer l'importance de sa responsabilité, etc.



Annexe 3 : Déroulement des Activités de renforcement du système d'offre de soin par les agents accompagnateurs.

Etape 1 : Diagnostic de la situation du CSB (avec le chef CSB et le dispensateur).

A travers les outils du CSB (cahier de rapport + fiche de stock), l'accompagnateur fait le bilan avec les responsables du CSB (Chef CSB, dispensateur). Ils vérifient ensemble les stocks de médicaments et les confrontent au stock théorique.

Toujours au niveau du CSB, l'accompagnateur examine la quantité de médicaments réapprovisionnée par le CSB pour chaque AC et la confronte au nombre d'actes pris en charge à la date considérée (Il vérifie si la quantité réapprovisionnée correspond au nombre d'actes pris en charge).

Par ailleurs, l'accompagnateur étudie l'efficacité de la méthodologie du chef CSB dans la prise des rapports et le réapprovisionnement en médicaments (séquence cahier AC, copie dans cahier CSB, puis cahier de stock tout de suite après et réapprovisionnement en médicaments). Il attire l'attention du Chef CSB sur les risques d'erreurs possibles suivant la méthode qu'il a adoptée.

L'accompagnateur examine également comment le chef CSB a géré les cas éventuels de démission ou départs d'AC (y a-t-il eu passation des outils, des médicaments, d'argent ? y a-t-il eu désignation et formation d'un nouvel AC pour le remplacer ? Il y a-t-il eu officialisation et présentation du nouvel AC au sein du fokontany considéré?).

Il discute avec le chef CSB de l'importance des différents points et leur conséquence sur le fonctionnement du système.

Souvent, à chaque point considéré, où des anomalies sont constatées, un dialogue est établi avec le chef CSB et le dispensateur pour en établir les raisons et réfléchir sur les conséquences de ces anomalies sur la fonctionnalité du système mis en place.

Voici les erreurs souvent constatées au niveau des CSB lors de ces diagnostics:

- les AC ne sont pas réapprovisionnés en médicaments en fonction du nombre de cas pris en charge. Parfois, les Chefs CSB donnent librement à l'AC la quantité qu'il demande (par conséquent, il n'y aura pas de quantité suffisante pour les autres AC et il y a un risque de rupture de stock pour certains AC. De plus, comme le réapprovisionnement au CSB est fonction des cas pris en charge, le nouveau stock CSB après réapprovisionnement ne sera pas suffisant pour combler ce « trop-livré ». Au fil du temps, l'écart se creuse de plus en plus ;
- le CSB ne livre pas tout de suite les médicaments des AC (par faute de temps ou insuffisance de stock) et il n'y a pas de trace écrite de ces anomalies (que ce soit au niveau CSB ou au niveau AC). Cette situation est une source de rupture en médicaments au niveau de l'AC. De plus, le chef CSB pourrait l'oublier et les AC n'osent pas faire la relance ;
- le CSB utilise les médicaments destinés aux AC à d'autres fins (usages personnels ou pour le CSB) ;
- En cas d'AC démissionnaire, il est encourageant de constater que le chef CSB prend souvent l'initiative de chercher et de former un nouvel AC. Par contre, la passation (outils, médicaments, argent) fait souvent défaut ;
- la méthodologie de travail du chef CSB n'est pas adaptée (d'où des erreurs qui en plus, lui font perdre beaucoup de temps)

Suivant les anomalies constatées, l'accompagnateur oriente la discussion sur les mesures à prendre pour que le système puisse fonctionner normalement et en continu à l'avenir.



Etape 2 : Diagnostic de la situation des AC

- a. **Avant la réunion** avec les AC, l'accompagnateur envoie une lettre à chaque AC, lui demandant de venir à la réunion et d'emmener le cahier d'activités, les médicaments restant et la somme collectée par les ventes de médicaments.

b. **Réunion de diagnostic**

Remarque importante : Il est important de faire en sorte que ce diagnostic soit très participatif en faisant faire les constats par les AC et en partant de cas concrets existant dans leur cahier.

L'accompagnateur est là pour poser les questions et les emmener à trouver par eux-mêmes leurs lacunes et les points sur lesquels il faut être très vigilant.

b1. Evaluation des compétences techniques (démarche diagnostique, médicaments et leur posologie, utilisation des outils de gestion) et des problèmes liés aux médicaments

Amener les AC à constater par eux-mêmes leurs points forts et points faibles via leur propre cahier d'activités (*kahie fandraisana marary*) :

- pour que ce soit vraiment concret, prendre un cas traité, lire le nom de l'enfant et le diagnostic effectué par l'AC, demander l'âge exact de l'enfant et lui demander les raisons qui l'ont mené à prendre cette décision. Puis, lui demander le médicament qu'il a donné et la posologie du médicament (faire cette démarche pour différents cas de maladie et de groupe d'âge / peut être fait avec plusieurs AC).
- Demander la quantité de médicaments restant (par médicament : Actipal, Cotrim, Viasur). Il faut qu'il compte et montre également la quantité en sa possession. Lui demander également la somme pour l'achat de médicaments qu'il a encore avec lui (par type de médicaments).
- Compter avec lui le nombre d'enfants malades (par type de maladie : paludisme, diarrhée, pneumonie) qu'il a traités (depuis son dernier rapport) et lui faire voir le problème d'écart constaté s'il y en a. Par exemple : d'après votre *kahie fandraisana marary*, vous avez traité 3 enfants malades de paludisme et il vous reste 5 Actipal et 3 « *volan'Actipal* » (argent équivalent à la vente de 3 Actipal) non encore versé. Or au départ, on vous a donné 15 boîtes d'actipal, alors, pourquoi y a-t-il une différence ? ⇒ Faire une telle analyse avec le Cotrim, le Viasur et l'Actipal. L'objectif est de vraiment conscientiser les AC sur la rotation des médicaments–argent, afin qu'ils détectent par eux-mêmes leurs lacunes.
- A travers ce précédent point, l'AC établit avec l'accompagnateur la somme d'argent qu'il doit encore (*vary mangatsiaka*) en fonction de l'écart constaté. Ceci doit être fait AC par AC.
- L'accompagnateur donne un délai aux AC pour le paiement des *vary mangatsiaka* avant tout réapprovisionnement de l'écart.

Il faut que toutes les lacunes sortent. Ceci peut nécessiter l'étude de cas de plusieurs AC.

Voici les lacunes fréquemment constatées, ayant amenés aux problèmes de médicaments :

- Vente à crédit de médicaments (*trosa*)- *Il s'agit d'une des principales difficultés à laquelle sont confrontés les AC du fait de la pression sociale de la communauté qui leur impose de soigner les enfants même si les mères n'ont pas d'argent.*
- le réapprovisionnement fait par le CSB n'est pas conforme aux activités des AC Ceci peut être en terme de quantité (ex : 8 au lieu de 10) et/ou en terme de médicaments (ex : délivrance d'Actipal au lieu de Cotrim).



- L'AC n'est pas conscient de la quantité et du type de médicament que le chef CSB doit lui donner et il prend tout ce qu'on lui donne sans s'en soucier.
 - L'AC se trompe dans l'octroi des médicaments aux malades (ex : à chaque cas de pneumonie, il donne systématiquement une plaquette au lieu de 5 ou 8 comprimés).
 - L'AC refuse l'approvisionnement fait par le CSB car il a encore de médicaments en réserve. Or il a déjà versé l'argent au CSB. Au prochain rendez-vous, il oublie le médicament que le CSB lui doit encore.
 - L'AC ne note pas directement les enfants qu'il a traités (au jour le jour) dans le « *kahie fandraisana marary* ». Du coup, il en oublie alors que les médicaments étaient déjà consommés. Ainsi, il y a à la fois un manque de médicament et un risque de perte ou d'utilisation inadéquate de l'argent des médicaments correspondant.
 - En cas d'AC démissionnaire, il n'y a pas de passation sérieuse entre le nouveau et l'ancien.
- Après cette analyse, les AC doivent être vraiment conscients de la démarche de réapprovisionnement en médicaments (selon le règle **Quantité de médicaments consommés = quantité de médicaments à réapprovisionner**). et du circuit de l'argent et des médicaments. Pour en être vraiment sûr, il faut leur demander les points sur lesquels, il faut faire attention étant donné l'analyse que l'on vient de faire avec eux.
 - L'accompagnateur leur demande de compter par eux-mêmes la quantité de médicament et le type de médicaments qu'ils doivent chacun rapporter « aujourd'hui » après le rapport au CSB. Faire d'abord pour l'Actipal, puis pour le Cotrim puis pour le Viasur. Demander à chacun de vérifier le compte de son voisin. Puis, l'accompagnateur vérifie le compte de chaque AC en impliquant un ou 2 AC les plus performants pour la vérification.
 - L'accompagnateur sensibilise les AC qu'avant chaque réunion au CSB, ils doivent savoir au préalable la quantité et le type de médicaments qu'ils doivent recevoir du CSB
 - Après l'approvisionnement, l'accompagnateur habitue les AC à écrire dans leur cahier (partie fiche de stock) les médicaments qu'il vient d'avoir.

b2. Diagnostic des problèmes d'organisation

- L'accompagnateur questionne quelques AC absents lors des rencontres précédentes et leur demande les motifs de leur absence. (D'habitude on retombe sur les motifs constatés lors de l'étude de 2010 : problème personnel, non connaissance de la date de rencontre, venu au CSB mais chef CSB occupé ou absent etc.).
- Il part de ces cas pour attirer l'attention des AC et responsables CSB sur la nécessité d'une planification bien établie dans l'année. Il insiste sur les problèmes qui étaient causés par cette absence de planification et les problèmes potentiels qui peuvent survenir. Si ce n'est pas encore le cas, il demande aux acteurs de fixer le planning de l'année. Chaque AC ainsi que les responsables CSB notent dans leur cahier le planning ainsi fixé (une page est déjà réservée à cet effet dans le cahier AC).
- Si un AC a démissionné dans la commune, l'accompagnateur demande aux AC ce qui a été fait (est-ce qu'il a un remplaçant, où sont les médicaments, les outils, etc.). Ceci pour conscientiser les AC que le départ d'un AC et l'absence de passation correcte constitue un vrai problème d'accès aux soins pour son *fokontany*.



S'il n'y a pas d'AC démissionnaire dans la Commune, l'accompagnateur demande aux AC ce qui se passerait si jamais un AC démissionne (les conséquences) et comment devrait être géré une telle situation si elle se présente.

Cette situation devrait aboutir à une démarche commune en cas d'AC démissionnaire :

1. Faire une passation de tous les outils (cahier de prise en charge des enfants, manuel), les médicaments, l'argent des médicaments au CSB ;
 2. la passation doit être faite avec le Chef CSB, le Chef Cosan, les AC *Mpiara-dia* et tant que possible un responsable de son *fokontany*, un responsable de la commune
- L'accompagnateur attire l'attention des AC sur les problèmes éventuels qui pourraient survenir (ou qui existaient déjà dans leur commune), notamment sur l'absence ou départ ou indisponibilité du Chef CSB. Il demande aux AC les conséquences de ces situations pour eux. Il discute avec eux sur les solutions possibles. Cette discussion doit mener sur la nécessité de mise en place des « AC *Mpiara-dia* » et l'implication des dispensateurs dans le fonctionnement du système.

Suite à ces phases de diagnostic, l'accompagnateur entame les phases d'accompagnement « rapproché » au niveau des AC et du personnel du CSB

Etape 3 : Accompagnement des AC, du personnel du CSB et des AC *Mpiara-dia*

a) Accompagnement des AC

Les objectifs sont multiples :

- redynamiser les AC
- conscientiser les AC sur l'importance de leur rôle pour les enfants de leurs *fokontany*
- conscientiser les AC sur l'importance d'un diagnostic juste et d'une médication adaptée
- maîtrise de la démarche diagnostique, des médicaments et de la posologie des médicaments par les AC
- maîtrise de l'utilisation des outils de gestion (cahier de prise en charge des malades et fiche de stock de médicaments) par les AC.

Démarche :

L'accompagnateur divise les AC en groupes. Un groupe rassemble les AC de quelques *fokontany* (2 ou 3 ou même 4 suivant la proximité géographique des *fokontany*). Il effectue une série d'accompagnement par groupe.

Accompagnement 1

- **Objectif :** conscientiser les AC sur l'importance d'un diagnostic juste et d'une médication adaptée / maîtrise de la démarche diagnostique, des médicaments et de la posologie des médicaments par les AC
- **Déroulement :**
 - atelier de formation des AC sur le diagnostic et la posologie (atelier microbe)
 - jeu questions-réponses sur le diagnostic, médicaments et posologie

Accompagnement 2

- **Objectif :** maîtrise du test de diagnostic rapide (TDR) par les AC (Cf. illustration en annexe 4a et 4b).



○ **Déroulement**

- Le formateur demande à un AC de rappeler les signes d'un accès palustre grave. S'il y a erreur, il demande l'avis des autres participants pour rectification. Après avoir eu la bonne réponse (fièvre + convulsion et/ou vomissement incoercible), il demande aux participants la signification de "convulsion" et "vomissement incoercible". Dans ce cas, il faut emmener directement l'enfant au CSB car il lui faut un traitement adapté à cette situation
- Le formateur demande à un participant de rappeler les signes d'un accès palustre simple qui doit l'emmener à faire du test de diagnostic rapide (TDR) S'il y a erreur, il demande l'avis des autres participants pour rectification. Puis, il note sur le tableau à feuilles la bonne réponse (fièvre - pouvant être pendant la consultation ou avant avec frisson et sans autre symptôme) et demande aux participants de montrer comment on reconnaît un enfant avec fièvre, puis frisson. Le formateur explique que pour affiner le diagnostic, il faut voir s'il y a les microbes responsables du palu dans le sang de l'enfant. Pour cela, il faut utiliser le TDR.
- Le formateur distribue aux AC des kits TDR. Puis, il ouvre le kit qui est en sa possession (les AC n'ouvrent pas encore les leurs). Le formateur montre un à un les éléments composant le kit en respectant l'ordre ci-après (et il explique également l'utilisation de chaque élément):
 - 1- Alcool: pour désinfecter la partie où l'on va prélever le sang
 2. lancette: pour piquer afin d'avoir le sang
 3. pipette: pour prélever le sang qui sort
 4. cassette: pour mettre le sang et le diluant pour faire le test
 5. diluant: pour traiter le sang afin de voir s'il y a des microbes palu ou non dedans.
- L'accompagnateur explique rapidement que pour faire le TDR, on doit piquer le doigt et prendre un peu de sang à l'enfant pour le mettre dans le test. Il explique que lorsqu'on pique avec une aiguille un doigt, il y a deux dangers :
 - ❖ que des microbes qui sont sur la peau de l'enfant ou sur les mains de l'AC soient transmis à l'enfant
 - ❖ que des microbes dans le sang de l'enfant soient transmis à l'AC.

Par conséquent, pour éviter la transmission de microbes, on doit donc faire plusieurs choses :

- ❖ lavage des mains avant et après avoir fait le TDR
- ❖ lavage au savon de la main de l'enfant qu'on va piquer
- ❖ désinfection du doigt de l'enfant.
- ❖ Faire très attention avec les aiguilles qui ont servi et le sang. On doit jeter tout de suite l'aiguille et éviter tout contact avec le sang.
- L'accompagnateur explique que pour faire le test, il faut suivre un ordre bien précis. Il distribue l'outil "*dingana* TDR" (étapes à suivre pour faire le TDR) aux AC. (Cf Annexe 4)
- L'accompagnateur invite maintenant un volontaire pour faire le test. Puis il demande à un AC de lire le "*dingana* TDR" par étape et après la lecture de chaque étape, il fait ce qui vient d'être lu (ceci jusqu'à la dernière étape).
- L'accompagnateur explique qu'il faut attendre 15 minutes pour savoir s'il y a des microbes du paludisme ou non dans le sang.
- L'accompagnateur demande maintenant aux AC de faire une pratique (sur un malade s'il y en a, si non entre eux).
- Lecture du test



- ❖ L'accompagnateur explique que pour lire le test, il faut impérativement que la cassette soit positionnée de telle sorte que les deux trous (pour le sang et le diluant) soient toujours à droite si non ce sera faux.
- ❖ Il demande aux AC de ce qu'ils constatent sur le test (objectif: formation de traits (1 ou plusieurs))
- ❖ L'accompagnateur explique qu'en premier il faut voir s'il y a un trait en face du "C". S'il n'y a pas de trait en face du "C", le test n'est pas valide (*tsy nety*) et dans ce cas, il faut refaire le test une fois.
- ❖ S'il y a un trait en face du "C", on continue la lecture. On regarde maintenant si en plus, il y a un trait en face des autres signes derrière le "C". Dès qu'il y ait un trait en plus du trait du "C", le test est positif c'est-à-dire, l'enfant a un paludisme (il y a les microbes du paludisme dans le sang de l'enfant). Quand il n'y a pas d'autre trait que le C, le test est négatif (l'enfant n'a pas le paludisme, il n'y a pas les microbes du paludisme dans le sang de l'enfant).
- ❖ L'accompagnateur distribue aux AC la fiche « *Valin'ny TDR* » (fiche de tous les résultats pouvant survenir) et explique les cas possibles (*Cf. Annexe 4b*)
- ❖ Exercices

Remarque : il y a des cas où les AC savent déjà manipuler le TDR. Dans ces situations, l'accompagnateur s'adapte au degré de connaissance des AC, mais toujours en insistant sur la propreté, les étapes et la lecture (+ remplissage dans le cahier de prise en charge). Il fait faire dans tous les cas des exercices pratiques.

Accompagnement 3

- **Objectif** : maîtrise de l'utilisation des outils de gestion
- **Déroulement** : Exercices écrites
 - L'accompagnateur décrit des situations d'enfants malades (nom, âge, sexe, symptômes) et demande aux AC leur diagnostic puis d'écrire sur leur feuille (exemplaire comme dans le cahier de prise en charge) chaque cas.
 - Correction + appui si besoin.

Nous avons remarqué que le fait de faire les accompagnements en petit groupe et d'aller dans les *fokontany* (les accompagnements se font souvent dans la maison d'un AC) permet un contact plus profond avec les AC (en comparaison avec les habituelles réunions ou formation au niveau du CSB) ; Les AC deviennent alors beaucoup plus ouverts et aptes à évoluer dans leurs pratiques. Durant ces différents accompagnements, l'accompagnateur détecte les meilleurs AC qui vont devenir des AC *Mpiara-dia* (souvent, dès la phase de diagnostic de la situation des AC – étape 2 – l'accompagnateur a déjà une idée sur les potentiels AC *Mpiara-dia*.)

b) Accompagnement du personnel du CSB

Il s'agit de l'accompagnement du chef CSB et du dispensateur dans leur rôle.

Accompagnement 1 :

L'accompagnateur rappelle les constats lors de l'étape 1 (diagnostic de la situation au niveau du CSB) ainsi que les problèmes constatés lors de l'étape 2 (diagnostic de la situation des AC). Puis, il attire l'attention de ces acteurs sur l'origine de ces problèmes ainsi que leurs conséquences (sur la fonctionnalité du système, sur les enfants pris en charge, etc.). Il discute avec ces acteurs sur les solutions à adopter. En particulier, il insiste sur l'importance de la vérification du stock de médicaments réel des AC.



Par la suite, il travaille avec le chef CSB et le dispensateur sur :

- l'utilisation et le remplissage des outils de gestion
- la méthodologie dans la prise des rapports des AC et le réapprovisionnement en médicaments.

Utilisation et remplissage des outils de gestion : cahier des activités, cahier de stock, reçu argent

Souvent, les chefs CSB savent déjà comment utiliser et remplir les outils de gestion. Par conséquent, l'accompagnateur se sert d'exemples tirés des cahiers d'AC et demande au chef CSB de remplir par la suite les cahiers de gestion en sa possession. En cas de doute, le chef CSB demande souvent à l'accompagnateur ce qu'il faut faire. Et en cas d'erreur, l'accompagnateur amène le chef CSB à comprendre sa faute et lui demande de corriger en conséquence.

Pour les dispensateurs, il faut dans la majeure partie des cas faire une formation complète. Dans ce cas, l'accompagnateur présente chaque outil un par un. Puis, par outil, avec une méthode participative, il explique le remplissage de chaque outil. Par la suite, l'accompagnateur fait faire au dispensateur quelques exercices pratiques.

Démarche méthodologique dans la prise de rapport des AC

1. Vérifier le stock de médicaments au CSB avant le réapprovisionnement des AC. Vérifier si ceci est conforme au dernier stock constaté. Si non, demander des explications et réparation au responsable du stock.
2. Recevoir les AC un par un.
3. Vérification des activités de l'AC – vérification du stock réel des médicaments – vérification de la somme due par l'AC ainsi que la quantité de médicaments qu'on lui doit.
4. Copie de l'activité de l'AC dans le cahier de rapport CSB.
5. Ecriture de la quantité de médicaments à donner à l'AC dans le cahier de stock CSB.
6. Réception de la somme due par l'AC et réapprovisionnement en médicaments de l'AC.
7. Vérification de la fiche de stock de l'AC (avec la nouvelle quantité qui vient d'être réapprovisionnée).

Après cette phase AC par AC

8. Récapituler le nombre de médicaments sortis (par type) et la somme collectée (il doit y avoir une correspondance).
9. Transposer ces sommes dans le « reçu argent » pour établir la nouvelle commande pour le CSB.
10. Arrêter la fiche de stock pour avoir les stocks théoriques.
11. Vérifier le stock final après réapprovisionnement des AC. Vérifier si ceci est conforme aux stocks théoriques. Si non, chercher les sources d'erreurs.
12. emmener le cahier de rapport des activités + cahier de stock + reçu argent puis se réapprovisionner en médicaments avec la somme collectée.

Accompagnement 2 :

Exercice pratiques avec quelques données venant des AC

Accompagnement 3 :

Pratique lors de la rencontre CSB – AC



c) Accompagnement des AC Mpiara-dia

L'accompagnateur cible quelques AC (2 ou 3 suivant le CSB) pour être des AC *Mpiara-dia*.

Critères : AC réceptif, volontaire, techniquement compétent, motivé.

Accompagnement 1 : entretien individuel + formation

L'accompagnateur organise un entretien individuel avec les AC qu'il a détectés pour exposer:

- les faits qui ont poussé à la mise en place des AC *Mpiara-dia*
- les critères de sélection des AC *Mpiara-dia*
- les rôles des AC *Mpiara-dia*

A partir du moment où les AC ciblés ont donné leur accord, l'accompagnateur commence leur accompagnement technique. Il insiste en parallèle sur les « pourquoi » de la rigueur que l'on veut instaurer (ex : vérification obligatoire des stocks réels de médicaments au niveau CSB avant et après réapprovisionnement des AC ; vérification obligatoire des stocks réels de médicaments des AC avant le réapprovisionnement, etc.).

Le contenu de la formation des AC *Mpiara-dia* est le même que celui dans l'accompagnement des dispensateurs.

Accompagnement 2 : suivi et exercices

L'accompagnateur demande aux AC *Mpiara-dia* de faire des séances d'exercices (séance avec le dispensateur).




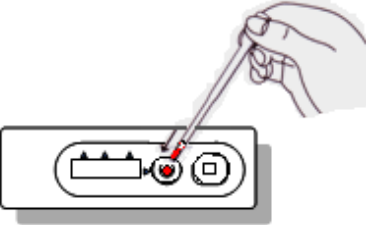
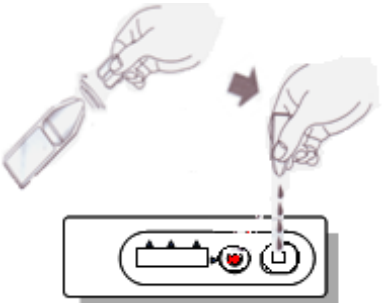

Après les formations, les différents acteurs mis en place (AC *Mpiara-dia*, dispensateur, chef CSB) commencent à assumer leur rôle dès la rencontre AC – CSB. L'accompagnateur les encadre durant ces rencontres.



Annexe 4a : Etapes dans l'utilisation du Test de Diagnostic Rapide (TDR)

Etapes dans l'utilisation du TDR

1. Se laver les mains avec du savon
2. Vérifier que l'emballage du TDR est intact, l'ouvrir et déposer tout le matériel sur le cellophane propre
3. Laver la main de l'enfant où on va faire le TDR
4. Expliquer à la maman qu'il faut qu'elle tienne l'enfant pour qu'il ne bouge pas au moment où vous allez le piquer
5. Choisir un doigt

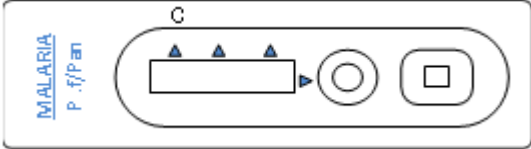
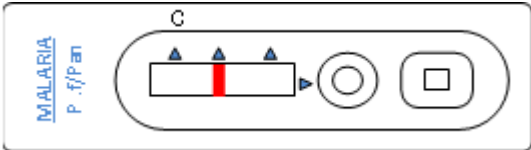
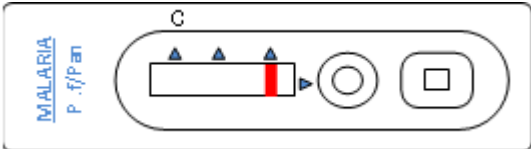
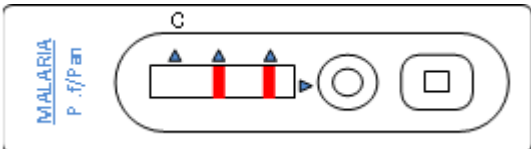
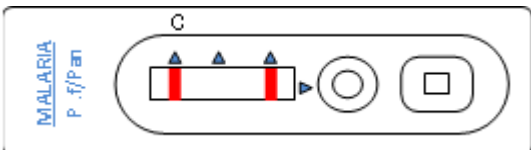
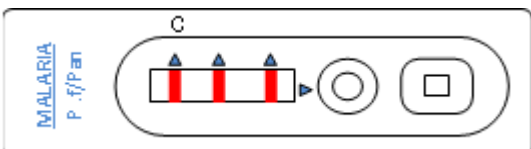
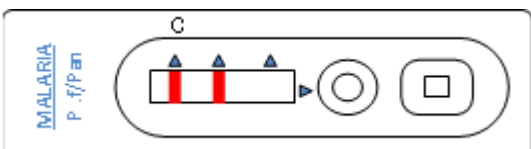
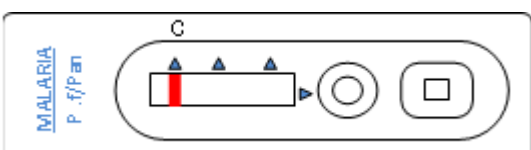
<p>6. Désinfecter avec le petit tampon avec désinfectant</p> 	<p>7. Piquer le doigt avec la petite aiguille</p> 	<p>8. Presser le doigt pour avoir une petite goutte de sang. Avec la pipette, aspirez un peu de sang jusqu'au trait noir</p> 
<p>9. Presser sur la pipette pour que le sang coule dans le trou rond, où il y a le petit S</p> 	<p>10. Prendre le diluant, tourner et tirer le bouchon pour le casser. Verser ensuite tout le liquide dans le trou carré</p> 	<p>11. Laisser le test bien à plat, ne pas le toucher et attendre environ 15 minutes pour lire le résultat</p> 

12. Désinfecter avec le tampon le doigt de l'enfant
13. Jeter l'aiguille et les emballages dans la boîte pour les déchets.
14. Se laver les mains, laver la cellophane
15. Après 15mn, lire le résultat et si le test montre un paludisme, il faut donner l'actipal
16. Ecrire sur le TDR, le numéro de l'enfant et tirer les traits là où il y a les traits rouges.



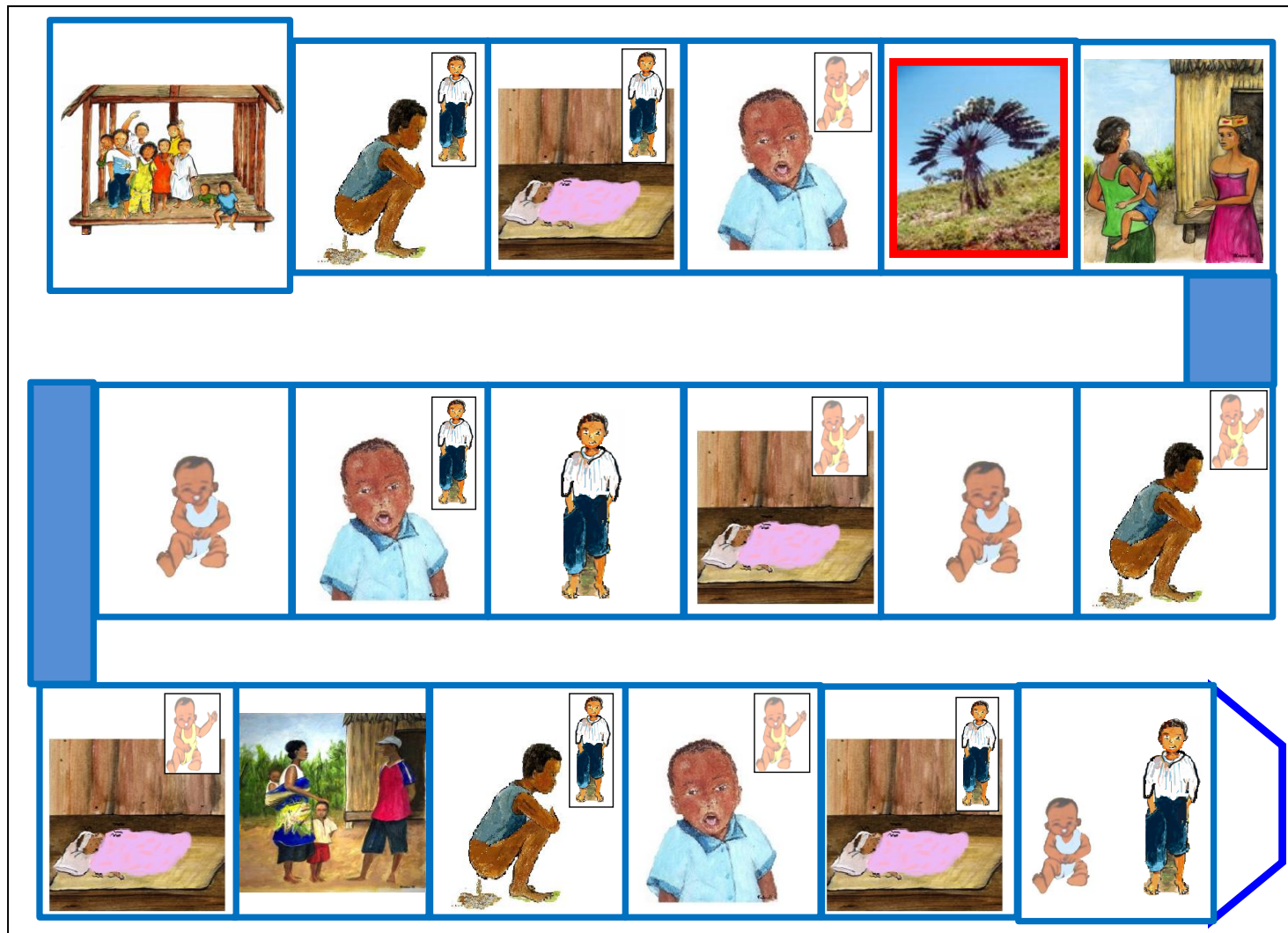
Annexe 4b : Les résultats possibles d'un TDR

Les résultats possibles d'un TDR

	<p>Code 000</p> <p>Il y a une erreur, refaire le test et si le résultat est le même, envoyer l'enfant au CSB</p>
	<p>Code 010</p> <p>Il y a une erreur, refaire le test et si le résultat est le même, envoyer l'enfant au CSB</p>
	<p>Code 001</p> <p>Il y a une erreur, refaire le test et si le résultat est le même, envoyer l'enfant au CSB</p>
	<p>Code 011</p> <p>Il y a une erreur, refaire le test et si le résultat est le même, envoyer l'enfant au CSB</p>
	<p>Code 101</p> <p>L'enfant a le paludisme</p> <p>Donner l'actipal</p>
	<p>Code 111</p> <p>L'enfant a le paludisme</p> <p>Donner l'actipal</p>
	<p>Code 110</p> <p>L'enfant a le paludisme</p> <p>Donner l'actipal</p>
	<p>Code 100</p> <p>Pas de paludisme</p> <p>Envoyer l'enfant au CSB</p>

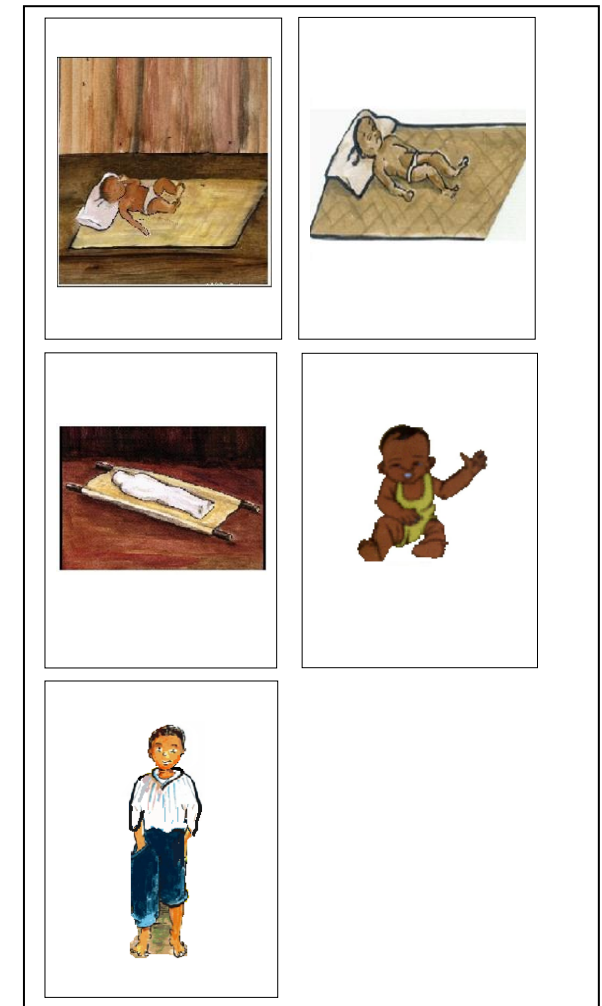


Annexe 5 : Jeu parcours santé ;-illustrations et règles.



Tapis de jeu





Les cartes à piocher « traitement »

Les cartes à piocher « conséquence »



Règles du jeu parcours santé

- Sur le tapis de jeu, on a différentes cases :

⌘ La case à droite, en bas, en forme de trapèze représente la case « départ ».

⌘ La case tout en haut à gauche, avec des enfants dans un chalet ouvert représente la case « arrivée ».

⌘ il y a plusieurs cases « enfant malade » où l'on voit les images d'enfant malade déjà vus durant l'atelier 1. Juste sur le coin droit de chaque case « enfant malade », on a soit un enfant assis soit un enfant debout. Ces derniers désignent la catégorie d'âge de l'enfant malade.

⌘ il y a deux types de case d' « enfant en bonne santé », représentés par un enfant assis ou un enfant debout suivant la catégorie d'âge. (Images correspondants à ceux observés durant l'atelier 1)

⌘ les cases avec une mère et son enfant allant chez un Agent communautaire

- On divise les participantes en groupe de 2 ou 3. Chaque participante dispose d'un jeton. L'objectif est d'arriver en premier à la case « arrivée ».

- Chaque groupe lance un dé. Celui qui a obtenu un 6 a le droit de mettre leur jeton dans la case départ. Si une équipe lance le dé 3 fois et n'arrive pas encore à avoir un 6, on lui donne le droit d'avancer dans la case départ.

- Pour avancer, chaque groupe lance le dé et avance en fonction du nombre obtenu avec le dé. S'il tombe sur une case maladie, il doit expliquer la maladie, le groupe d'âge de l'enfant et chercher parmi les cartes à piocher la carte « traitement » adéquate. Pour que la réponse soit recevable, il faut que le groupe arrive à expliquer les « 3 règles » d'une médication adaptée et que la carte qu'il a choisit correspond aux règles. Par ailleurs, il doit conclure que pour avoir une médication adaptée, il faut consulter l'Agent communautaire le plus proche. S'il arrive à bien expliquer, il avance leur jeton dans la case « enfant en bonne santé » et peut rejouer une deuxième fois. Si la réponse est fautive ou incomplète, le groupe n'a pas le droit d'avancer et doit attendre le prochain tour.

- Si le groupe tombe dans la case « Agent communautaire », il faut qu'il explique qu'en cas de maladie de l'enfant, il faut consulter immédiatement l'AC pour avoir une médication adaptée. S'il répond juste, il a le droit de rejouer une deuxième fois, si non, il faut attendre le prochain tour.

- Si le groupe arrive dans la case « Ravenala » (arbre de voyageur), il doit faire une petite pause et attendre 2 tours pour pouvoir rejouer.

Remarque : afin d'éviter que les mères repèrent les cartes justes et piochent les cartes par tâtonnement, le facilitateur mélange les cartes « traitements » après chaque piochage.

