|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PBAS n° :** | **Bureau National :** | **Site du programme ou ADP :** | **District/Région :** |
| **Nom de la personne complétant l'outil :** | **Titre :** | **Type d'évaluation :**  **Auto-évaluation  Tiers  Mixte** | **Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa) :** |
| **Durée de la mise en œuvre du programme :**  **< 6 mois  6 - 12 mois  > 12 - 24 mois  > 24 mois** | | **Niveau d'évaluation (par exemple à quel niveau cette évaluation est menée) :**  **Site du programme  ADP District/Régional  National** | |

Instructions sur la façon de déterminer le score d'IQA :

A côté de chaque élément essentiel, il existe une liste de contrôle des composantes critiques de l'élément essentiel. Cochez les cases applicables au programme à mesure que vous complétez votre évaluation. Utilisez le calculateur d'IQA de la PCMA pour calculer automatiquement le score d'IQA. L'IQA globale est la moyenne de chaque score d'IQA de tous les éléments essentiels. Un score global d'IQA de 1,5-2 indique une grande fidélité ; un score de 1,0-1,4 indique une fidélité modérée ; un score inférieur à 1,0 indique une faible fidélité.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Élément essentiel** | **Cochez la case  pour ceux qui sont présents dans le modèle.** | **IQA** |
| **1. Les Processus de planification de niveau national pour la CCM sont appliqués avant l'examen de la mise en œuvre du modèle.** | L'évaluation des besoins et l'analyse de la situation pour la gamme de services sont effectuées.  Les politiques et directives nationales pour la CCM sont examinées.  La cartographie des partenaires de la CCM est réalisée. |  |
| **2. Les stratégies de la CCM sont développées grâce à un engagement multipartite et du MdS régulier et transparent.** | Des relations avec les intervenants clés chargés de la mise en œuvre de la CCM sont entretenues régulièrement tout au long des processus de planification au niveau national, afin de définir les rôles et de discuter des politiques actuelles suivies. Tout groupe de coordination des ONG, s'il existe, doit participer à la planification.  Participent aux réunions de routine existantes des parties prenantes afin d'assurer la coordination des partenaires de la CCM.  Font une déclaration écrite du protocole ou établissent une directive de travail entre VM, les intervenants et le MdS. |  |
| **3. Le contenu du programme doit être conforme à la PCIME et inclure les composantes et compétences essentielles.** | Au moins 80 pour cent des sujets sont abordés dans la liste de contrôle d'examen du programme (voir l'Annexe I)  Tous les programmes sélectionnés sont agréés par des représentants du MdS, de l'OMS et de l'UNICEF dans le pays pour être conformes à la PCIME. |  |
| **4. L'ensemble du matériel comprend du matériel de formation, des directives de traitement de soins pour les ASC, ainsi que des aides picturales pertinentes du point de vue ethnographique pour le suivi psychologique des familles.** | Le manuel de l'animateur permettant aux formateurs d'assurer une formation des ASC est disponible.  Le kit de formation est adapté aux ASC et aux bénévoles non-alphabétisés et toutes les traductions appropriées sont fournies.  Des manuels des ASC ou des outils de travail, notamment sur la posologie, les protocoles de traitement et les soins apportés à l'enfant malade, sont à la disposition de tout ASC dans un format adapté à son niveau d'alphabétisation.  Les ASC disposent d'outils de travail picturaux utilisés pour établir un suivi psychologique des familles sur les soins de l'enfant malade. Tous les documents ont subi des essais sur le terrain dans des communautés équivalentes du point de vue ethnographique avant leur utilisation. |  |
| **5. Des stratégies d'approvisionnement et de réapprovisionnement médical durables à long terme sont établies, et comprennent des systèmes de vérification de la qualité, du vol et des ruptures de stock.** | Les projets utilisent et renforcent les chaines d'approvisionnement existantes plutôt que de créer des mécanismes parallèles.  Les stocks de médicaments et de fournitures à tous les niveaux du système sont régulièrement contrôlés (par un système d'information de routine et une surveillance), notamment sous forme de contrôles de la qualité des stocks médicaux au moins deux fois par an.  Un système visant à empêcher l'utilisation abusive de médicaments est en place, plus d'une personne supervisant les stocks médicaux (en utilisant, par exemple, un système de boite à deux clés). |  |
| **6. La formation des ASC se fait par des formateurs en PCIME qualifiés, dure un minimum de dix jours pour les nouvelles recrues et comprend deux jours d'expérience pratique.** | Seuls les formateurs en PCIME qualifiés sont utilisés pour assurer la formation des animateurs.  La taille des classes pour les formations des ASC n'excèdera pas 30 ASC par formateur.  Au moins dix jours de formation sont assurés pour la formation en présentiel des ASC, avec une proportion importante d'exercices pratiques de terrain (pendant au moins 2 jours sur les 10).  Les ASC reçoivent une certification en matière de protocoles d'iCCM selon les normes nationales. |  |
| **7. La répartition et la couverture des ménages des ASC est raisonnable et n'excède pas un ASC de CCM pour 100 ménages.** | Un ASC de CCM compétent au service d'un maximum de 100 ménages.  Toutes les communautés situées à plus de 5 km d'un centre de santé fonctionnel, et composées de plus de 20 ménages doivent compter au moins un ASC de CCM compétent. |  |
| **8. Les systèmes de santé communautaires sont renforcés et orientés de sorte qu'ils soutiennent les activités de la CCM (participation aux COMM).** | Tous les projets ont un COMM fonctionnel ou un groupe à base communautaire équivalent qui supervise activement les ASC de CCM.  Les COMM reçoivent une formation d'orientation (conçue dans le pays) au cours d'une période de démarrage d'un à deux mois, qui comprend les aspects clés du programme, les messages clés en matière de santé, un aperçu général du recueil des données et des rapports sur le processus de débriefing des ASC, et qui leur permet d'exercer une supervision adéquate du travail des ASC.  Les COMM participent aux débriefings de supervision des ASC de CCM au moins une fois tous les six mois.  Les ASC de CCM se réunissent pour intégrer leurs activités à celles d'autres acteurs de la santé communautaire, une fois tous les six mois.  Un système permet de mesurer si la participation des COMM est instaurée. |  |
| **9. Les activités de sensibilisation communautaire font participer des parties prenantes communautaires clés, incluent des approches utilisant le porte-à-porte et sont conçues pour cibler les ménages les plus vulnérables et à haut risque.** | Des activités de sensibilisation communautaire favorisant la CCM doivent avoir lieu au moins une fois par an au cours du projet.  Les ASC réalisent une sensibilisation en utilisant le porte-à-porte au cours du déploiement de la CCM, notamment auprès des ménages considérés comme étant les plus vulnérables. |  |
| **10. L'évaluation des services de santé et des approches de renforcement des systèmes de santé sont intégrées à la planification du projet.** | Une liste des établissements de santé PCIME est établie.  Les centres d'orientation choisis doivent respecter des normes minimales de base en fonction de l'évaluation des services de santé infantile et maternelle (modèle d'évaluation rapide ou de l'OMS). Tous les centres d'orientation choisis disposent de ce qui suit :  Un personnel qualifié en matière de PCIME et compétent  Un service de nuit et de soins en milieu hospitalier  Les compétences nécessaires pour traiter la malnutrition grave et compliquée  Les compétences nécessaires pour traiter la pneumonie grave et le paludisme en utilisant des médicaments en IV et en IM  Des établissements de soins néonatals (de zéro à quatre semaines)  Une chaine du froid des vaccins fonctionnelle.    Les systèmes de suivi de la CCM doivent être conformes au HMIS et les ASC doivent relever directement des établissements de santé tel que requis.  Communiquer avec d'autres ONG travaillant au niveau local pour éviter que se produise une duplication des activités de Renforcement des systèmes de santé (RSS) dans les mêmes établissement. |  |
| **11. Dotation en personnel et formation relatives au projet.** | Un responsable d'ADP et un facilitateur du développement dédié au domaine de la santé par ADP.  Tout le personnel de gestion du programme aura fait l'objet d'une orientation sur la méthodologie de la CCM menée par le personnel du MdS ou de l'unité de santé publique supervisant les ASC.  Si le personnel de l'unité de santé publique n'est pas en mesure d'assurer une supervision de façon régulière, envisager de superviser les aspects techniques séparément, et les aspects non-techniques à l'aide du personnel du projet. |  |
| **12. La méthodologie de prestation de services est conçue en incluant des protocoles et un suivi des soins à domicile clairs.** | Les directives nationales sur les soins et le traitement de l'enfant malade dans la communauté doivent comprendre :  Un plan d'utilisation rationnelle des médicaments et des diagnostics (des TDR le cas échéant) par les ASC et les patients.  Des directives pour l'évaluation, le diagnostic, la prise en charge et l'orientation clinique par les ASC sont mises au point.  Des visites de suivi des soins à domicile pour toutes les maladies sont menées les deuxième (24 heures après le traitement), troisième, cinquième et huitième jours pour assurer la récupération. |  |
| **13. La prise en charge de la diarrhée à domicile par une SRO réduite et du zinc, des soins à domicile, l'hygiène et une amélioration de l'alimentation.** | Les ASC traitent la diarrhée avec :  Des sels de réhydratation par voie orale à osmolarité réduite  Du zinc.  Des soins à domicile incluant :  Un dépistage par la mesure de la circonférence du Périmètre Brachial (PB) pour tous les enfants.  La détection de la déshydratation et de la dysenterie.  Des conseils en matière de WASH et d'hygiène pour la famille.  Une amélioration de l'allaitement maternel et de l'alimentation pendant la maladie. |  |
| **14. Une prise en charge du paludisme en utilisant un traitement à base d'ACT, des TDR si possible, la détection de l'anémie et l'orientation des patients dans ce cas, la prévention du paludisme et l'amélioration de l'alimentation.** | Les ASC prennent en charge la fièvre dans les 24 heures avec :  Un traitement à base d'ACT pour les cas de TDR positifs.  L'orientation nécessaire des cas négatifs de paludisme.  Des soins à domicile incluant :  Des visites à domicile à 24 et 48 heures, avec orientation des cas sans amélioration au plus tard le deuxième jour.  La détection de l'anémie et du paludisme compliqué.  La surveillance de l'observance des ACT.  Des soins à l'enfant malade et la prévention du paludisme.  Une amélioration de l'allaitement maternel et de l'alimentation pendant la maladie.  Les médicaments non utilisés sont récupérés par les ASC après le traitement |  |
| **15. Prise en charge des IRA à domicile pour les enfants âgés de 2 à 59 mois en utilisant des antibiotiques agréés.** | Les ASC de CCM sont autorisés à traiter la pneumonie dans la communauté après une évaluation fondée sur les compétences :  Reconnaissance des signes de danger  Décompte des respirations, recherche de tirage sous-costal  Conseils sur les soins apportés à un enfant atteint d'IRA  Traitement antibiotique par groupe d'âge  Traitement du paludisme concomitant.    Tous les enfants de moins de 2 mois doivent être orientés vers l'établissement de santé fonctionnel le plus proche.  Les directives de soins à domicile incluent :  Des visites à domicile à 24 et 48 heures, avec orientation des cas sans amélioration au plus tard le deuxième jour.  Une surveillance de l'observance de la prise de médicaments.  Soins à l'enfant malade et prévention de la pneumonie.  Une amélioration de l'allaitement maternel et de l'alimentation pendant la maladie.  Les médicaments inutilisés doivent être récupérés après le traitement. |  |
| **16. L'orientation d'urgence et la communication bidirectionnelle est renforcée et inclut des contrôles post-orientation effectués par les ASC.** | Un système d'orientation écrite ou facilitée est en place et convient aux capacités ou au degré d'alphabétisation des ASC.  Tous les ASC ont conçu un plan de transport cohérent et fonctionnel pour l'évacuation des cas graves (réfléchir au rôle des COMM).  Des systèmes pour la conduite et l'enregistrement des visites des ASC après la sortie des patients des cliniques sont en place.  Tous les ASC de CCM doivent avoir accès à un téléphone d'urgence par le biais duquel ils sont en mesure de communiquer avec des établissements et/ou des services d'ambulance s'ils sont accessibles. |  |
| **17. Les activités de la CCM sont intégrées à d'autres activités de traitement de la santé des enfants existantes dans les zones du projet.** | *Intégration (le cas échéant) :*  Si PCMA : l'iCCM doit être pleinement intégrée aux programmes de PCMA si des initiatives concomitantes existent.  Si PTME et traitement pédiatrique du VIH : l'iCCM doit être pleinement intégré à ces activités.  Si présence de DOTS pédiatrique et de traitement de la tuberculose : l'iCCM doit être pleinement intégré. |  |
| **IQA GLOBALE** | |  |

Instructions : N'hésitez pas à noter tout écart et la source de données utilisées dans l'évaluation de l'IQA des éléments essentiels. Recommandations sur le documents et prochaines étapes dans l'espace ci-dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EE** | **Remarques** | **Source des données** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| **Recommandations et étapes suivantes :** | | |

Annexe I : Éléments fondamentaux du programme des ASC de CCM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Éléments fondamentaux du programme des ASC de CCM** | | **Abordé** |
| **Santé des enfants** | Causes de la mortalité infantile |  |
| Signes généraux de danger de la maladie de l'enfant et signes de danger spécifiques à une maladie |  |
| Maladies évitables par vaccination |  |
| Infections courantes de l'enfance |  |
| Vers et infections parasitaires |  |
| Prise en charge de maladie unique (CCM) |  |
| Prise en charge intégrée de symptômes multiples (iCCM) |  |
| Liste des compétences de base nécessaires pour la CCM et l'iCCM |  |
| Co-infection par le VIH et la tuberculose et autres questions à haut risque ; statut de malnutrition et des orphelins et enfants vulnérables (OEV) |  |
| **Prévention** | Vitamine A |  |
| Vermifugation |  |
| Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) ou traitement  préventif intermittent chez les nourrissons (TPIn) |  |
| Calendriers de vaccination et cartes de santé de l'enfant |  |
| **Nutrition** | Allaitement maternel exclusif |  |
| Alimentation complémentaire |  |
| Suivi et promotion de la croissance |  |
| Dépistage par la mesure de la circonférence du Périmètre Brachial (PB) |  |
| Détection de la malnutrition |  |
| Signes de danger de la malnutrition |  |
| **Diarrhée** | Causes et prévention |  |
| Eau potable |  |
| Lavage des mains |  |
| Choléra et dysenterie |  |
| Classification de la déshydratation légère, modérée et grave |  |
| Signes de danger (généraux et de diarrhée) |  |
| Produire et administrer une solution de SRO et du zinc |  |
| Allaitement maternel avec diarrhée |  |
| Soins de suivi à domicile |  |
| Alimentation pendant la diarrhée |  |
| **Paludisme** | Causes du paludisme |  |
| Prévention (ITN, TPIg et TPIn) |  |
| Diagnostics et utilisation des TDR |  |
| Signes de danger et complications de la fièvre |  |
| Régimes de traitement par thérapie de combinaisons à base d'artémisinine (ACT) |  |
| Soins à domicile, suivi psychologique et suivi |  |
| Alimentation pendant le paludisme |  |
| Autres causes de la fièvre et signes de danger |  |
| **Pneumonie** | Causes de la pneumonie |  |
| Soins à un enfant malade pour empêcher une pneumonie grave ou une infection respiratoire  aiguë |  |
| Signes de danger de la pneumonie |  |
| Technique de décompte des respirations avec ou sans compteur de respirations |  |
| Classification de la pneumonie légère, modérée et grave |  |
| Diagnostic et orientation |  |
| Traitement par antibiotiques |  |
| Soins à domicile, conseils et suivi |  |
| **Autre** | Tenue des dossiers et production de rapports, notamment par le biais d'applications mobiles |  |
| Sécurité relative aux médicaments et à la gestion des stocks |  |
| Compétences de communication et de conseil efficaces |  |
| Compétences de conseil |  |