

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA
MALADIE, LES EPIDEMIES ET LES PANDEMIES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

DEPARTMENT FOR THE CONTROL OF
DISEASE, EPIDEMICS AND PANDEMICS



GUIDE DE SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE AU CAMEROUN



SEPTEMBRE 2023

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
AVANT-PROPOS	3
EQUIPE DE REDACTION.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	6
DEFINITION DES TERMES.....	8
I. INTRODUCTION.....	10
II. BUT ET OBJECTIFS.....	11
III. PUBLIC CIBLE.....	12
IV. GENERALITES SUR LA SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE.....	13
1. Qu'est-ce-que la Surveillance à Base Communautaire ?	13
2. Eléments Clés de la Surveillance A Base Communautaire	14
3. Les fonctions de la SBC	17
4. Les étapes de la SBC.....	17
a. Détection d'un cas communautaire ou d'un signal	19
b. Notifier les cas et signaux	19
c. Triage et vérification	19
d. Evaluation des risques.....	21
e. Riposte.....	22
V. MISE EN ŒUVRE DE LA SBC	23
1. Maladies prioritaires pour la SBC	23
2. Rôles et responsabilités des acteurs de la SBC	28
a) Les Acteurs Communautaires	28
b) Les autres acteurs de La SBC (FOSA, ECD, Région et niveau Central).....	30
c) Les autres Sectoriels.....	30
d) Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).....	30
VI. CIRCUIT DE L'INFORMATION.....	32
1. Sources d'information pour la Surveillance à base communautaire	32
2. Circuit des données.....	33
VII. SUIVI ET EVALUATION.....	34
1. Indicateurs de performance.....	35
2. Analyses et suivi des données conduits par la communauté.....	35
VIII. ANNEXES : OUTILS DE LA SBC	37
OUTIL 1 : Notification.....	37

OUTIL 2 : Triage et vérification du signal	38
OUTIL 3 : Évaluation des risques de l'événement	38
OUTIL 4 : GRILLE DE SUPERVISION DE LA SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE	39
OUTIL 5 : Procédures Opérationnelles Standards	41
1. Détection du signal / Cas communautaire.....	41
2. Notification des cas communautaires et des Signaux	43
3. Triage et Vérification.....	45
4. Evaluation des risques	47
5. Investigation.....	50
6. Prise en charge communautaire	52
7. Prévention et Contrôle de l'infection communautaire.....	53
8. Communication sur les risques et engagement communautaires	55
9. Analyse des données.....	57
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60

AVANT-PROPOS

La mise en œuvre de la Surveillance à Base Communautaire est essentielle pour la détection précoce et la réponse rapide aux maladies et événements émergents de Santé Publique. La surveillance à base communautaire permet aux membres de la communauté de capter et de signaler systématiquement des maladies et événements importants pour la santé publique. Ce système repose sur la capacité des Agents de Santé Communautaire Polyvalents à identifier et à signaler les problèmes de Santé Publique aux autorités sanitaires. Il intègre à la fois des méthodes de Surveillance Fondée sur les Indicateurs (SFI) et de Surveillance Fondée sur les Evènements (SFE).

Au Cameroun, bien qu'il existe un système de surveillance à base communautaire, la plupart des épidémies et/ou urgences de santé publique ne sont pas détectées précocement et ne font pas toujours l'objet d'une réponse efficace. Il est donc important de se doter d'un système de surveillance solide au niveau communautaire. Le concept et la pratique de la Surveillance à Base Communautaire (SBC) ne sont pas nouveaux dans le système de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR), mais il n'existait pas de lignes directrices définissant clairement la mise en œuvre de la SBC dans le pays.

La mise en œuvre de la SBC repose sur la collecte des informations et/ou rumeurs sur les maladies et événements de Santé Publique en utilisant les définitions communautaires de cas et/ou signaux, afin de les signaler à la formation sanitaire (FOSA) de rattachement pour investigation et réponse si nécessaire. De ce fait, tous les acteurs et les points focaux surveillance doivent comprendre clairement les définitions de cas et des syndromes des maladies prioritaires. Ce guide est élaboré afin d'impliquer d'avantage la communauté dans le système de santé et de fournir un système de surveillance actif qui fonctionne à un niveau élevé de sensibilité pour la détection et la notification des signaux. Par ailleurs, ce guide donne des orientations dans la mise en œuvre de la SBC, ce qui profite à la fois aux communautés et au système de santé dans son ensemble.

Je tiens personnellement à remercier tous les acteurs qui ont participé à son élaboration. Je formule le vœu que cet outil devienne le Guide indispensable des personnels impliqués dans la surveillance.

Dr. MANAOUA Malachie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

COMITE TECHNIQUE DE REDACTION

Coordination générale :

- Dr. MANAOUDA Malachie, Ministre de la Santé Publique du Cameroun,

Supervision Générale :

- Pr. NJOCK Louis Richard, Secrétaire Général /MINSANTE

Coordination Technique :

- Dr ETOUNDI MBALLA Georges Alain, Directeur de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP)

Responsables du Secrétariat :

- Dr. ESSO Linda, Sous-Directeur de la Lutte contre les Epidémies et les Pandémies/DLMEP ;
- Dr. BILOUNGA NDONGO Chanceline Chef Service de la Surveillance Epidémiologique/DLMEP ;
- Dr. NGOMBA Armelle, Chef Service de Lutte contre les Epidémies et les Pandémie /DLMEP ;
- Mme KAMDOM Née KAMGUIA GUIFO H. Flore, Chef de Bureau des Enquête BE/DLMEP ;
- Dr. VUKUGAH ACHOMBWOM Thomas, Conseiller Technique Surveillance Epidémiologique, JHPIEGO.

EQUIPE DE REDACTION

Les personnes mentionnées dans le tableau ci-dessous ont participé activement aux différentes étapes de l'adaptation et de la rédaction du guide.

Tableau 1: Equipe de rédaction du guide

NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	STRUCTURES
Dr ETOUNDI MBALLA G. A	Directeur	DLMEP
Dr ESSO LINDA	Sous-Directeur	DLMEP
Dr. MBUIH IDRISU	Sous-Directeur	DOSTS
Dr. NGOMBA ARMELLE	CSLEP	DLMEP
Dr. BILOUNGA NDONGO	CSSE	DLMEP
Dr. ATANGANA ONANA NESTOR	Cadre	DLMEP
Dr. PAN'NA SANDRINE	CSLP	DLMEP
Dr. MBELLA MAURICE	CSLIST-HV	DLMEP
Dr. NGOUDZO CLEMENTINE	Cadre	DLMEP
M. KOMPGUEP MIPO BORIS	Cadre	DLMEP
M. MOUANGUE CHRISTIAN	Cadre	DLMEP
M. YONTA DIMITRY EMERSON	Cadre	DLMEP
M. TCHAME ROOSVELT	Cadre	DLMEP
Mme. KAMDOM NÉE KAMGUIA GUIFO H.	CBE	DLMEP
M. BAKEBEG LUC FABRICE	Cadre	DLMEP
Mme EFEMBA MANUELLA	Cadre	DLMEP
Mme NTYAM MBO MARIE-L	Cadre	DLMEP
Mme KOA ELOUNDOU ELISABETH	Cadre	DOSTS
M. ETOGO TANGA ALPHONSE	Cadre	CCOUSP
M. TIGE TIGE DJIHA	Cadre	CCOUSP
M. SOULEYMANE ABOULAYE	Cadre	CCOUSP
Mme NGA DZEME PAMELA INES	Cadre	CCOUSP
Dr. AYOH GIDEON BURAH	Chef Service	DSF
Dr. IKOULA ELISE	Cadre	CIS
Mme KAMDEN NOUBISSI LENS	Cadre	CIS
Dr METOMB FRANCK	CERPLE	DRSPC
Dr. MOSSI MAKEMBE HANS	CERPLE	DRSPL
Dr MAIROUSGOU Céline	CERPLE	DRSPEN
Dr CHEBO Cornelius	CERPLE	DRSPNW
M. EKOUMA ELIE WILFRED	Cadre	DS Mbalmayo
Mme. ABESSOLO JEANNE SOLANGE	ASCP	DS Mbalmayo
M. BENGONO RONNY ERNEST	CDS	DS Mbalmayo
Mr. ASONGWE IGNATIUS	Cadre	DRSP- NW
Dr. AHMADOU ALIM	Cadre	MINEPIA
Dr. ETENE PROTAIS	Cadre	MINEPIA
Dr MBONDA Aimée	CRC	CRC
Dr. VUKUGAH A THOMAS	Surveillance Advisor	JHPIEGO
Dr KAMGA YANNICK	CRO	OMS
Dr NGONO DORINE	Suv-EPR-OMS	OMS
Mr. NGUM BEDE YONG	Surveillance	GEORGETOWN U
Mr. NGASSAM GILLES	Data manager	GEORGETOWN U
Mr. EVEGA MVOGO Joseph	CDA	DLMEP
ENOW SAM AGBOR	Emergency Response Advisor	JHPIEGO

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Equipe de rédaction du guide</i>	5
<i>Tableau 2: Exemples de questions à poser lorsque l'on réalise une évaluation des risques</i>	22
<i>Tableau 3: Définitions communautaires des cas et des signaux pour la SBC</i>	24
<i>Tableau 4: Rôles et responsabilités des acteurs de la Surveillance à base communautaire</i>	30
<i>Tableau 5: Indicateurs de la Surveillance à base communautaire</i>	35

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: Les stratégies de l'Alerte Précoce et la Réponse (APER)</i>	14
<i>Figure 2: Étapes de la Surveillance à Base Communautaire.</i>	18
<i>Figure 3: Questions à poser pendant le triage et la vérification</i>	20
<i>Figure 4: Exemple de guide pour la vérification d'un signal de communauté</i>	20
<i>Figure 5: Processus et résultats possibles de l'évaluation des risques</i>	22
<i>Figure 6 : Circuit des informations du niveau de la communauté vers les niveaux supérieurs</i>	34

ACRONYMES

AP	Affections Prioritaires
ASLO	Associations Locales
AS	Aire de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
ASLO	Associations Locales
CBS	Chef Bureau Santé
CDA	Chef Centre Documentation et des Archives
CDS	Chef de District de Santé
CERPLE	Centre Régional de Prévention et de Lutte contre les Epidémies
CIS	Cellule des Informations Sanitaires
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CERC	Communication des Risques et Engagement Communautaire
CSSD	Chef de Service de Santé de District
CSSE	Chef Service de la Surveillance Epidémiologique
CTD	Collectivité Territoriale Décentralisée
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
EIR	Equipe d'Investigation et d'Intervention Rapides
FOSA	Formation Sanitaire
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MAPE	Maladies à Potentiel Epidémique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONSP	Observatoire National de Santé Publique
PCI	Prévention et Contrôle de l'Infection
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Point Focal
PFS	Point Focal Surveillance
POS	Procédure Opérationnelle Standard
PSF	Postes de Santé aux Frontières
PTF	Partenaire Technique et Financier
RSI	Règlement Sanitaire International
SBC	Surveillance à Base Communautaire
SDLEP	Sous-Direction de la Lutte contre les Epidémies et les Pandémies
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnatal et Riposte
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SR	Santé de la Reproduction
USP	Urgences de Santé Publique
USPPI	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
VAD	Visite à Domicile

DEFINITION DES TERMES

Alerte : messages et/ou information communiqués aux communautés par les autorités sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, afin de contribuer à les informer d'une Urgence de Santé Publique, à en prévenir la propagation ou à la contrôler. Dans le présent document, une alerte se rapporte à une Urgence de Santé Publique (cas confirmé d'une maladie à potentiel épidémique ou un signal) i) qui a été vérifiée, ii) dont le risque a été évalué et iii) qui nécessite une intervention (investigation, réponse ou communication).

Alerte précoce et réponse : mécanisme organisé pour détecter dès que possible tout fait anormal ou tout écart par rapport à la fréquence généralement observée d'un phénomène et permettant de produire les recommandations nécessaires à son contrôle.

Catastrophe : perturbation grave du fonctionnement d'une communauté ou d'une société, causant des pertes humaines, matérielles, économiques ou environnementales énormes qui dépassent la capacité de la communauté ou de la société touchée à s'en sortir avec ses propres ressources.

Cohésion : c'est le fait de partager au sein d'un groupe la même vision, les intérêts et besoins communs dans la perspective d'atteindre les mêmes objectifs.

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

Définition communautaire des cas : ensemble de signes et symptômes facilement identifiables et utilisés par les membres de la communauté et les Agents de Santé Communautaire pour décrire de manière générale une maladie ou une condition spécifique.

Dynamique de groupes : c'est un ensemble de facteurs psychiques et socioculturels qui participent à la naissance, la structuration et la destruction d'un groupe donné. Elle peut être positive ou négative, selon les événements auxquels le groupe est exposé.

Évaluation des risques : processus systématique et continu consistant à examiner, analyser ou apprécier la menace ou le niveau de risque pour la santé humaine.

Évènement : le Règlement Sanitaire International (RSI) définit un évènement comme « [...] une manifestation pathologique ou un fait créant un risque de maladie ; [...] » (1) (ce qui peut comprendre des événements d'origine infectieuse, zoonotique, alimentaire, chimique, radiologique ou nucléaire, qu'ils soient transmis par des personnes, des vecteurs, des animaux, des biens et/ou aliments ou par l'intermédiaire de l'environnement). Dans le contexte de la Surveillance à Base Communautaire, un « évènement » peut également être d'origine inconnue et se rapporter à un « signal » qui a été « vérifié ».

Informateurs clés : sont des personnes ayant une connaissance spécifique de certains aspects de la communauté, du site visité, de la population ou de l'urgence, en raison de leurs antécédents professionnels, de leurs responsabilités de dirigeant ou de leur expérience personnelle. Par exemple : leaders communautaires, tradipraticiens, enseignants, chefs traditionnels, etc.

Intégration : c'est le fait de mener les interventions de plusieurs programmes par un même agent ou un même groupe d'agents dans un espace, au même moment et avec les mêmes ressources.

Intervention sous directive communautaire : une ou plusieurs prestations sanitaires menées au niveau communautaire et sous l'égide de la communauté elle-même.

Mobilisation sociale : toute action visant à susciter la pleine participation des communautés à la mise en œuvre d'une intervention de santé.

Participation communautaire : c'est un processus par lequel les personnes, individuellement ou en groupe, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement des services appropriés, en garantissant les conditions d'une amélioration durable de la vie et en soutenant l'octroi aux communautés du pouvoir d'intervenir dans le développement global.

Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) : instrument juridique international qui engage 196 pays et notamment l'ensemble des États Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il a pour but d'aider la communauté internationale à éviter les risques aigus pour la Santé Publique susceptibles de se propager au-delà des frontières et de constituer une menace dans le monde entier, en prenant les mesures qui s'imposent.

Réponse : toute action de Santé Publique déclenchée par la détection d'un risque pour la Santé Publique. La nature de la réponse devra être adaptée en fonction de la nature du risque pour la Santé Publique.

Signal : données et/ou informations considérées par le système d'alerte précoce et réponse comme présentant un risque potentiel pour la santé humaine. Une fois identifiés, les signaux doivent faire l'objet d'un triage et d'une vérification pour savoir s'ils représentent un événement ou non.

Surveillance : c'est la collecte, l'analyse, l'interprétation systématiques et continues des données sur la survenue de la maladie et/ou des événements de Santé Publique, et leur diffusion, en temps opportun pour la prise de décision.

Surveillance à Base Communautaire (SBC) : elle est définie comme la détection et la notification systématiques d'évènements importants pour la Santé Publique dans la communauté par les membres de la communauté.

Surveillance Fondée sur les Evènements (SFE) : c'est la collecte, le monitoring, l'évaluation et l'interprétation organisés d'informations ponctuelles généralement non structurées, concernant des événements de santé ou des risques sanitaires susceptibles de représenter une menace importante pour la santé humaine.

Surveillance fondée sur les indicateurs (SFI) : c'est l'identification, la collecte, le suivi, l'analyse et l'interprétation systématiques et continus de données structurées, tels que les indicateurs produits par des sources formelles bien identifiées, principalement axées sur la santé.

Triage : est le fait de déterminer qu'un signal respecte au moins un des critères prédéfinis à des fins de détection précoce (c.-à-d. s'assurer que le signal respecte au moins une des définitions des signaux, qu'il est pertinent et éliminer les doublons).

Vérification : c'est le fait de déterminer si un signal ou un cas détecté en communauté est vrai (c.-à-d. qu'il n'est pas une fausse alerte ou une fausse rumeur). Un signal vérifié est transformé en événement.

I. INTRODUCTION

A la lumière des exigences du Règlement Sanitaire International (RSI), la détection précoce et la notification immédiate des maladies prioritaires et autres événements de Santé Publique sont indispensables pour une investigation et une réponse rapides [1]. Dans les zones de conflits et pays à ressources limitées comme le Cameroun, de nombreux événements de Santé Publique qui surviennent dans la communauté échappent au système de surveillance de routine d'où la mise en place de la Surveillance à Base Communautaire (SBC) qui utilise à la fois la Surveillance Fondée sur les Indicateurs (SFI) et la Surveillance Fondée sur les Evènements (SFE), indispensable pour une alerte précoce et réponse (APER). La mise en œuvre de la SBC est essentielle pour renforcer le système intégré de surveillance des maladies existantes et garantir ainsi une détection précoce et une réponse efficace.

La SBC est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : "la détection et le signalement systématiques, par les membres de la communauté, d'événements importants pour la Santé Publique au sein d'une communauté" [2]. Ce type de surveillance repose sur la capacité des membres de la communauté à identifier et à signaler les évènements de Santé Publique à la formation sanitaire la plus proche. Au fil des années, la SBC a été utilisée pour la recherche active des cas pendant les épidémies, pour accroître la sensibilité de la détection des maladies à éradiquer [3, 4]. Plus récemment, la SBC a contribué à contenir la pandémie à COVID-19 [5, 6]. L'OMS recommande que la SBC soit intégrée à la surveillance de routine. Elle doit être mise en œuvre en temps réel avec des mécanismes de notification, de retro-information, de suivi et évaluation bien définis. Ses avantages doivent être perçus par la communauté [2].

Les stratégies de la SBC s'appuient sur deux approches pour collecter des informations auprès de la communauté. La première approche repose sur l'identification et la notification d'événements sur la base d'indicateurs convenus (définitions communautaires des cas). Des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP)/informateurs clés sont formés à l'identification de maladies en utilisant les définitions communautaires de cas et suivent le système de notification standardisé. La seconde approche repose sur la notification d'événements inhabituels, inattendus, des clusters qui peuvent être les premières phases d'une épidémie et autres évènements de Santé Publique. Les alertes peuvent signifier une variété d'événements inhabituels émergeant au niveau de la communauté et les informations qu'elles

contiennent peuvent être incomplètes et non confirmées et doivent faire l'objet d'un triage et d'une vérification.

Au Cameroun, tous les District de Santé disposent des ASCP pour la mise en œuvre de la SBC. Ces derniers utilisent à la fois les définitions de cas et les signaux pour détecter et notifier les événements et urgences de Santé Publique. Par ailleurs, d'autres initiatives bien que verticales ont déjà été mises en œuvre pour la SBC notamment : le projet *Partnership to Accelerate COVID-19 Testing* (PACT), le projet *Community Epidemic & Pandemic Preparedness Program* (CP3), le projet *Early Warning and Response System* (EWARS), le projet *Pregnancy Outcome and Death Surveillance* (PODS), AVADAR pour la poliomyélite, la surveillance à travers les Organisations à Base Communautaire (OBC) pour le VIH et le Paludisme etc. Quel que soit le programme/projet de la SBC adopté, les étapes de mise en œuvre englobent la détection, la notification, le triage, la vérification, l'évaluation de risque et la réponse à l'événement.

Toutefois, des activités sont menées de manière disparate pourtant tous les modèles de surveillance visent le même but : la détection précoce des événements de Santé Publique et une réponse efficace. L'utilisation d'un guide pour la SBC et la mise en place d'un cadre de suivi-évaluation sont indispensables pour l'harmonisation de la mise en œuvre des activités de la SBC. Ce guide est élaboré afin d'impliquer davantage la communauté dans le système de santé et de fournir un système de surveillance actif qui fonctionne à un niveau élevé de sensibilité pour la détection et la notification des signaux. Par ailleurs, ce guide donne des orientations dans la mise en œuvre de la SBC, ce qui profite à la fois aux communautés et au système de santé dans son ensemble.

II. BUT ET OBJECTIFS

Le but de ce guide est de fournir des orientations pour la mise en œuvre des activités de la SBC en impliquant les membres de la communauté dans la détection précoce et la notification immédiate des maladies et autres événements de Santé Publique.

L'objectif général est de renforcer la SBC au Cameroun.

Les objectifs spécifiques de ce guide sont les suivants :

a) Renforcer le système de SBC ainsi que les capacités des acteurs à mener des activités de surveillance et de riposte efficaces, conformément aux recommandations de la stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) ;

b) Améliorer le partage d'information sur la SBC entre différents acteurs (personnel de santé, communauté, sectorielles et partenaires).

III. PUBLIC CIBLE

Les informations et les recommandations figurant dans ce manuel sont destinées aux personnes suivantes :

- ASCP, Leaders communautaires, informateurs clés et autres membres de la communauté ;
- Chefs des Aires de Santé
- Chefs de Postes de Santé aux Frontières ;
- Responsables des FOSA (publiques, privées, confessionnelles et laïques) ;
- Points focaux surveillance laboratoire ;
- Equipe cadre du District de Santé ;
- Responsables des structures de dialogue (Comité National d'Hygiène et de Sécurité Social, Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, COSADI/COGEDI, COSA/COGE/) ;
- Membres des Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies (CERPLE) ;
- Délégués Régionaux de la Santé Publique (DRSP) ;
- Membres des Equipes d'Intervention et d'Investigation Rapides (EIIR) ;
- Points focaux surveillance épidémiologique à tous les niveaux ;
- Responsables des Programmes (PNLP, PEV, CNLS, PNLO/Cécité, PNLSHI, PNLLUB, PNLT, PCIME, etc.) ;
- Responsables en charge du service d'épidémiologie-surveillance du Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales (MINEPIA) ;
- Responsables en charge de la surveillance épidémiologique au Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable (MINEPDED) ;
- Responsable chargé de la surveillance au Ministère des Forêts et de la Faune (MINFOF) ;
- Membres du Programme National de Prévention et de Lutte contre les Zoonoses Emergentes et Ré émergentes (PNPLZER) ;
- Responsables et Enseignants des Ecoles de formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- Autres experts en Santé Publique ;
- ONG et associations ;
- Partenaires dans le domaine de la Santé Publique ;
- Point Focal National RSI.

IV. GENERALITES SUR LA SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE

Pour mettre en œuvre la SBC de manière efficace, il est essentiel que les acteurs de la surveillance s'approprient des termes clés utilisés dans la stratégie SIMR tels que la surveillance, le risque de Santé Publique, la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte, la notification des maladies prioritaires, les affections et événements de Santé Publique.

1. Qu'est-ce-que la Surveillance à Base Communautaire ?

La SBC est une initiative de Santé Publique simple, adaptable et peu coûteuse gérée par les communautés pour protéger les communautés. Ces dernières sont mobilisées pour donner des informations sur les risques sanitaires potentiels, comme un événement inhabituel qui pourrait indiquer un nouveau risque sanitaire, ou une flambée de maladie dont l'évolution fait l'objet d'un suivi étroit. Traditionnellement, la collecte des données relatives à la surveillance des maladies se fait dans les FOSA, mais en ce qui concerne les maladies transmissibles, il est à cette étape souvent trop tard pour empêcher les autres membres de la communauté de contracter une maladie, ou les membres vulnérables de la communauté d'en mourir. Certaines communautés peuvent ne pas avoir accès à des FOSA opérant une surveillance efficace des maladies. Les communautés sont toujours les premières à détecter les phénomènes inhabituels si quelque chose ne va pas, et la SBC fournit une structure permettant de signaler des événements suspects ou inhabituels dès qu'ils surviennent.

Dans le cadre de la SBC, les ASCP et les membres de la communauté jouent un rôle primordial dans la détection précoce et la notification prompte des cas de maladies /signaux aux niveaux supérieurs (formations sanitaires, Districts de Santé) chargés du triage, la vérification, l'analyse du risque, la conduite des enquêtes, et la riposte. Le pays a adopté la stratégie SIMR pour atteindre ses objectifs du système d'alerte précoce et réponse. La SBC est partie intégrante de la SIMR et permet de capter de façon précoce les rumeurs et les événements inhabituels ou inattendus lorsque ceux-ci surviennent dans la communauté. Elle utilise les définitions de cas communautaires pour la SFI et les signaux pour la SFE.

Dans le cadre de cette surveillance, des personnes ressources, ASCP, informateurs clés (leaders communautaires, tradipraticiens, enseignants, chefs traditionnels, etc.) sont chargées de notifier les cas ou les signaux au Point Focal surveillance de la formation sanitaire la plus proche de l'Aire de Santé du District de Santé.

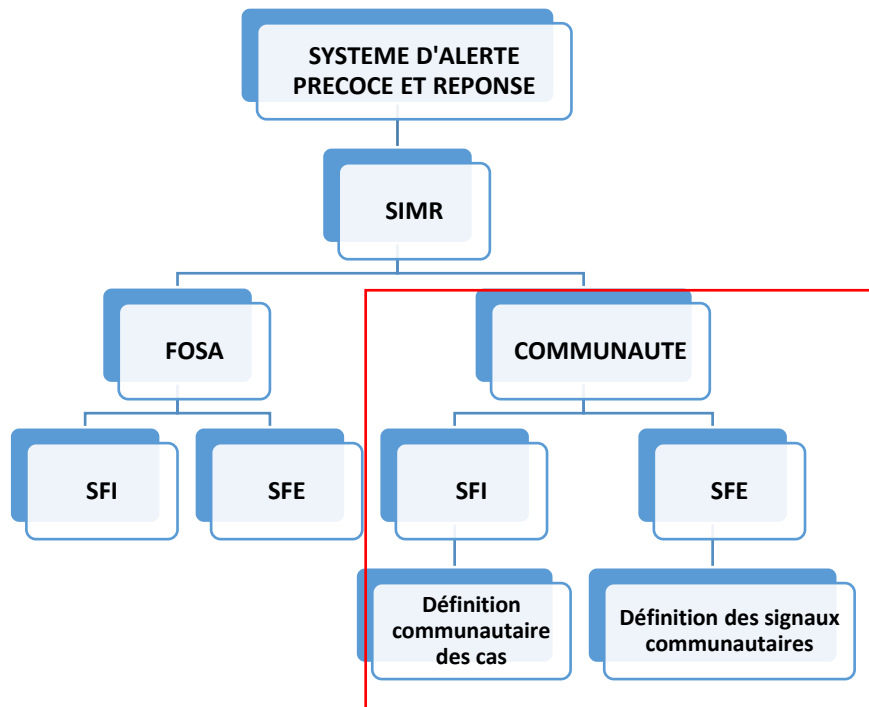


Figure 1: Les stratégies de l'Alerte Précoce et la Réponse (APER)

2. Éléments Clés de la Surveillance A Base Communautaire

La mise en œuvre de la SBC repose sur la disponibilité des acteurs communautaires, la sensibilisation des populations et les différentes activités de soutien institutionnel. Cinq éléments sont essentielles pour la mise en œuvre de la SBC a savoir :

i. Les activités de la SBC doivent être clairement définies

Les activités de SBC commencent par l'élaboration de ligne directrices techniques et de procédures opérationnelles standards qui guident la mise en œuvre de l'activité. À tous les niveaux du système de santé, les activités de détection, de notification, de triage et de vérification, d'évaluation des risques, de réponse, de supervision formative et de gestion des données doivent être clairement définies et les acteurs de la surveillance doivent se voir attribuer des rôles et des responsabilités

ii. Un cadre formalisé de la SBC doit être défini :

La SBC doit être mise en œuvre dans un cadre formel où les participants savent ce qui constitue un type d'événement inhabituel et inattendu à signaler (par exemple, une mortalité inhabituelle dans un village, un taux d'absentéisme élevé à l'école), comment et quand le signaler (par exemple, par le biais de messages ou d'appels à partir de téléphones mobiles). Le cadre doit être soutenu par une structure formée ou par du personnel spécialisé au niveau du district et doit être régulièrement évalué.

iii. Tout membre de la communauté peut être membre de l'équipe de surveillance

Tout membre de la communauté accepté par celle-ci peut servir de point focal de la surveillance à base communautaire. Les représentants pourraient venir des services de base au niveau du village tels que les accoucheuses formées, les ASCP ou villageois, ou des prestataires de soins similaires, des autorités villageoises (religieuses, traditionnelles ou politiques) ou des enseignants, des vétérinaires, des agents de vulgarisation sanitaire, des pharmaciens et des tradi-praticiens. Une fois choisis, les points focaux de la SBC devraient recevoir une formation et bénéficier d'une supervision de soutien sur la façon de reconnaître certaines maladies ou affections prioritaires dans le but de signaler les cas suspects.

iv. Opérationnalisation de la SBC par les Chefs des Aires de Santé:

Le Chef de l'aire de Santé est chargé de la mise en place de la SBC dans son aire de santé. Il devra à cet effet :

- a) Cartographier son aire de santé et déterminer le nombre d'ASCP de la SBC nécessaires en accord avec les normes définies ;
- b) Identifier les membres de la communauté qui souhaitent être des ASCP et à qui la communauté donne son accord pour jouer un tel rôle ;
- c) Former les ASCP avec l'appui du District de Santé sur les différents modules d'intervention y compris la SBC ;
- d) Définir un mécanisme pour une retro-information régulière et le soutien nécessaire à la SBC ;
- e) Suivre et superviser les acteurs mettant en œuvre la SBC.

Toutes les activités à mettre en œuvre par la SBC doivent être coordonnées par un responsable de la surveillance ou par le chef de l'aire de santé. Il ou elle devra :

- a) Utiliser la liste de MAPE ou AP à inclure dans la Surveillance à Base Communautaire conformément au Guide Technique SIMR au Cameroun ;
- b) Partager de manière appropriée la liste de définitions communautaires de cas/signaux pour faciliter la détection et le suivi des cas en communauté ;
- c) Renforcer les capacités des ASCP dans tous les aspects de la surveillance et de la réponse ;
- d) Renforcer régulièrement les compétences et les pratiques des ASC/ASCP dans tous les aspects appropriés de la surveillance et des enquêtes, notamment la manipulation et la diffusion des données ;
- e) Mettre en place un système de rétroaction. Il s'agit d'une mesure essentielle pour s'assurer que la SBC est mise en œuvre. Sans retour d'information, les bénévoles de la surveillance communautaire ne percevront pas leur performance ;

- f) Diffuser les affiches sur les définitions communautaires de cas/signaux dans des lieux identifiés ;
- g) Contrôler les activités de surveillance et d'intervention, y compris la rapidité et l'exhaustivité de la notification des cas ;
- i) Identifier et cartographier les déterminants de la santé dans la zone ;
- j) fournir régulièrement et en temps opportun des informations en retour aux équipes chargées de la SBC.

v. Engagement et participation communautaire

L'engagement communautaire est le processus de collaboration avec et à travers des personnes liées par leur proximité géographique, **un intérêt commun** ou des situations similaires pour se pencher sur des problèmes qui affectent leur bien-être. Il vise à autonomiser les communautés, en les impliquant dans toutes les étapes de la riposte, pour un meilleur changement à travers l'autonomisation. L'engagement communautaire est au cœur de toute intervention de Santé Publique, plus encore lors des urgences sanitaires.

L'acceptation et l'appropriation par la communauté est un facteur majeur de réussite de toute intervention de Santé Publique et une preuve que la confiance est établie et maintenue, entre acteurs. Les mesures prises par les communautés touchées sont essentielles pour contrôler les urgences. Chaque membre de la communauté a le droit de connaître les risques pour sa santé et son bien-être. Des informations culturellement appropriées peuvent aider à prendre des décisions éclairées pour réduire les risques sanitaires.

Pourquoi impliquer les communautés ?

- La participation de la communauté permet une collaboration entre les différentes parties prenantes, laquelle collaboration améliore les chances de retenir les bonnes solutions et de résoudre les problèmes.
- Des solutions élaborées grâce à la participation de la communauté s'avèrent plus complètes, plus accommodantes de différents points de vue et plus faciles à mettre en œuvre, en partie dans un nombre limité de zones inaccessibles.
- La qualité des interventions en matière de riposte aux épidémies ou autre événement de Santé Publique dépendra du niveau d'implication et d'intégration des communautés touchées dans lesdites interventions.

Importance d'un engagement communautaire efficace

L'engagement effectif de la communauté vous permet de :

- Connaître la communauté (ses problèmes et besoins) ;
- Comprendre les croyances, attitudes et pratiques existantes en matière de santé ;

- Ecouter la communauté attentivement ;
- Analyser la dynamique communautaire ;
- Impliquer la communauté dans tous les aspects de la riposte, dès la phase de planification.

3. Les fonctions de la SBC

Elles sont conformes aux fonctions essentielles de la SIMR, à savoir :

- Identification des cas : Utiliser des définitions communautaires de cas/signaux pour identifier les maladies, les événements, les conditions ou autres risques prioritaires dans la communauté ;
- Notification : Notifier régulièrement et en temps utile à la FOSA la plus proche l'apparition de cas inattendus ou inhabituels de maladie ou de décès chez l'homme et/ou l'animal, afin qu'ils fassent l'objet d'une vérification et d'une enquête immédiates conformément au RSI et à la stratégie SIMR ;
- Analyse et interprétation : Impliquer les dirigeants locaux dans la description des événements et des tendances liés à la maladie dans la communauté ;
- Investigation et confirmation des cas : Impliquer les Agents de Santé Communautaire dans l'investigation des cas ou des épidémies et la recherche des contacts, participer à des autopsies verbales pour déterminer les causes de la mort ;
- Préparation : Participer à la cartographie de risques potentiels, à la formation et aux exercices de simulation ;
- Réponse : Participer aux activités de réponse, y compris les soins à domicile, la sensibilisation de la communauté à l'adoption de comportements facilitant l'endiguement de l'épidémie ;
- Communication : Utiliser les informations fournies par le PFS pour prendre des mesures, notamment en matière d'éducation à la santé et de coordination de la participation communautaire ;
- Suivi-évaluation : Vérifier que les interventions de Santé Publique se sont déroulées comme prévu avec la participation de la communauté ;
- Informer la communauté des résultats de l'évaluation de l'épidémie ou de l'événement.

4. Les étapes de la SBC

La SBC s'articule autour des cinq étapes essentielles (détection de cas suspects et signaux, notification des cas suspects et signaux, triage et vérification, évaluation des risques, l'investigation de flambée et réponse). Ces étapes sont illustrées dans la Figure 2 et Figure 3.

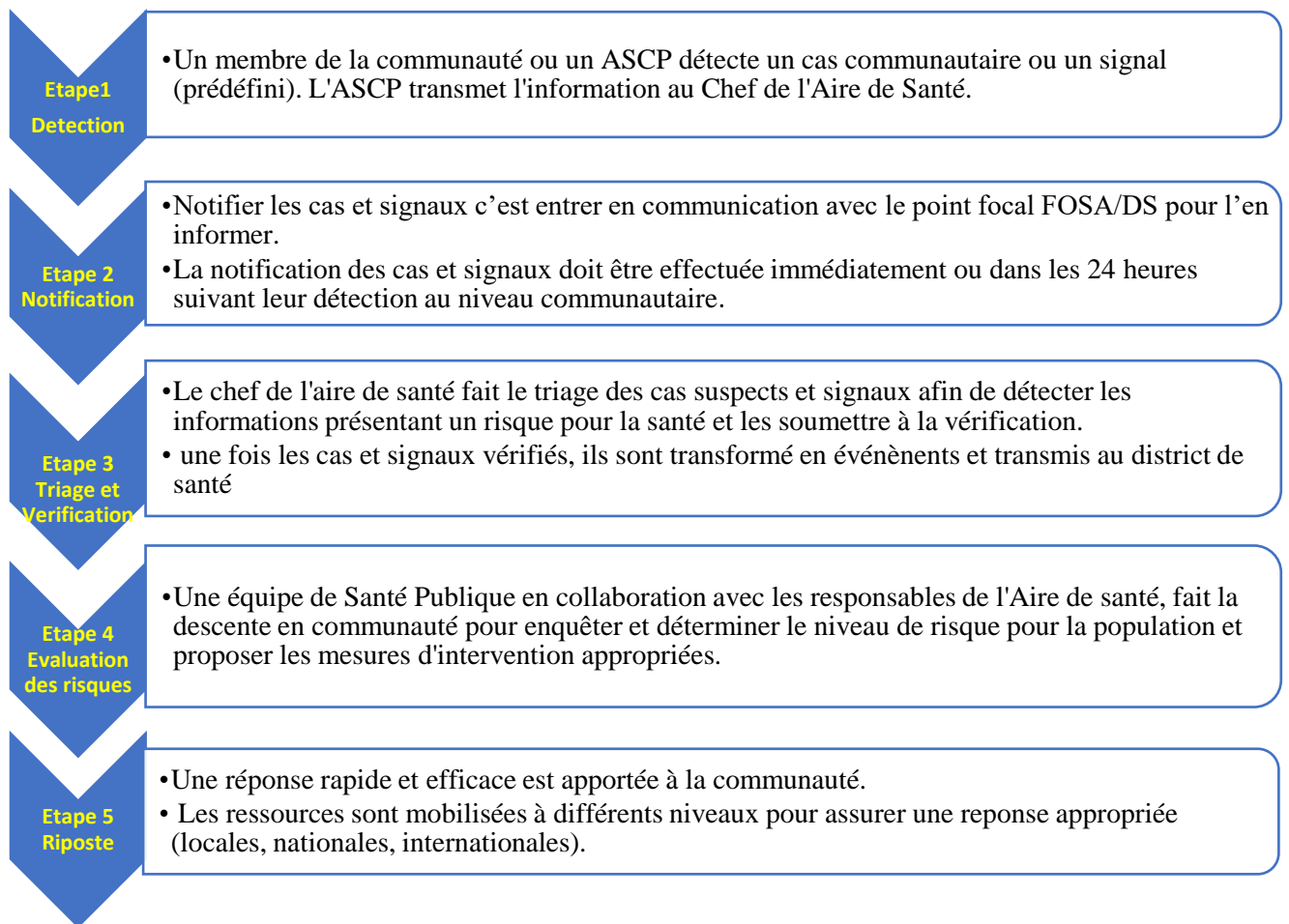


Figure 2: Étapes de la Surveillance à Base Communautaire.

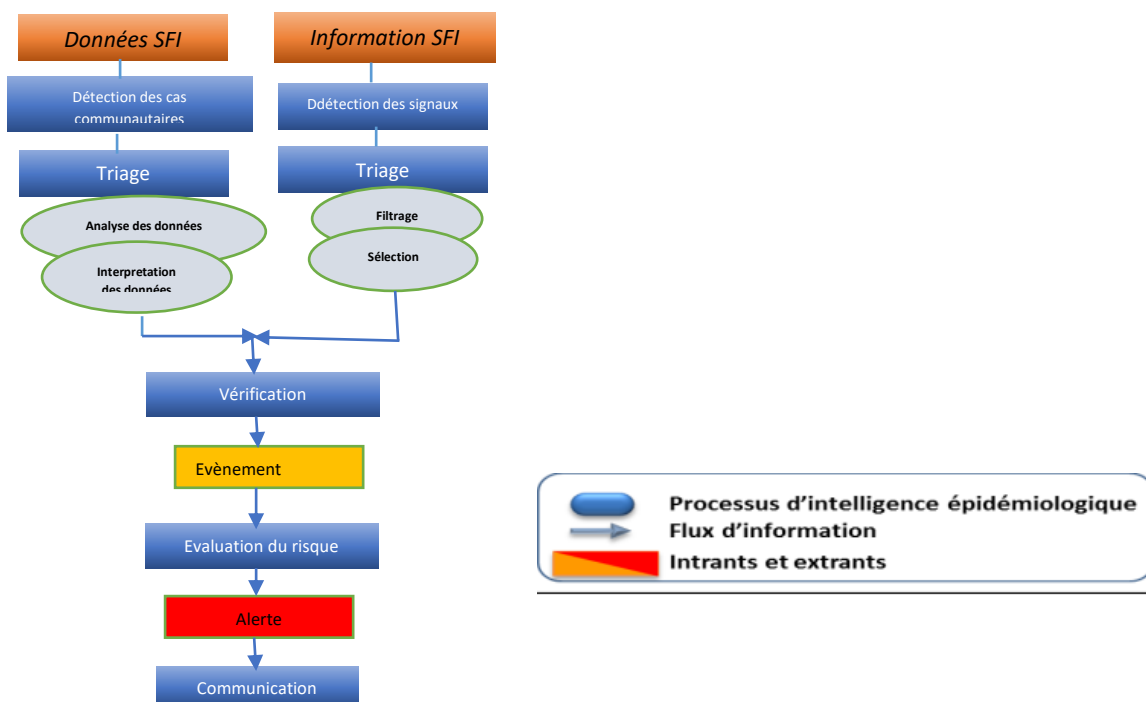


Figure 3 – Processus de l'intelligence épidémiologique

La surveillance fondée sur les indicateurs et la surveillance fondée sur les événements constituent l'intelligence épidémiologique et font partie intégrante du système d'alerte précoce et réponse.

a. Détection d'un cas communautaire ou d'un signal

La détection du signal signifie : identifier, capter ou suspecter l'occurrence d'une des maladies et/ou signaux repris dans le Tableau 3. Les membres de la communauté et les informateurs clés (les tradi-praticiens, les autorités traditionnelles et religieuses, les enseignants ou les accoucheuses traditionnelles) doivent immédiatement rapporter les signaux qu'ils identifient ou dont ils entendent parler aux ASCP. Au niveau communautaire, les signaux sont captés le plus souvent par les ASCP ou des informateurs clés en raison de leurs liens avec la communauté. Les ASCP peuvent améliorer la capture de signaux dans leurs communautés en donnant à leurs informateurs clés les moyens de soutenir l'identification et le signalement des cas et signaux. La détection du signal utilise comme outils les définitions communautaires des cas (les affiches à l'hôpital et de la communauté, carnet de bord, boîtes à image et dépliants) et des signaux.

b. Notifier les cas et signaux

Notifier les cas et signaux c'est entrer en communication avec le point focal FOSA/DS pour l'en informer. La notification des cas et signaux doit être effectuée immédiatement ou dans les 24 heures suivant leur détection au niveau communautaire. La notification des cas et signaux peut varier en fonction de l'emplacement de la source d'informations. Les signaux ou cas suspects détectés au niveau communautaire sont signalés immédiatement par les ASCP au Chef de l'AS. Puisqu'il agit en tant qu'interface entre la communauté et le système de soins de santé, l'ASCP doit transmettre immédiatement les cas ou signaux au centre de liaison de l'AS par appel/message téléphonique ou tout autre moyen. Les principaux outils sont les fiches de notification des cas communautaire, les carnets de bord, les registres de signaux.

c. Triage et vérification

Le triage et la vérification des signaux rapportés par la communauté sont généralement effectués au niveau de l'AS. Le Chef de L'AS réceptionne les informations inscrites dans les Carnets de bord (ASCP et PFS FOSA) et les consigne dans le registre des signaux. En raison de sa haute sensibilité, la SBC peut générer des signaux qui au bout du processus de vérification ne sont pas validés comme événement. Par conséquent, l'authenticité des signaux doit être établie.

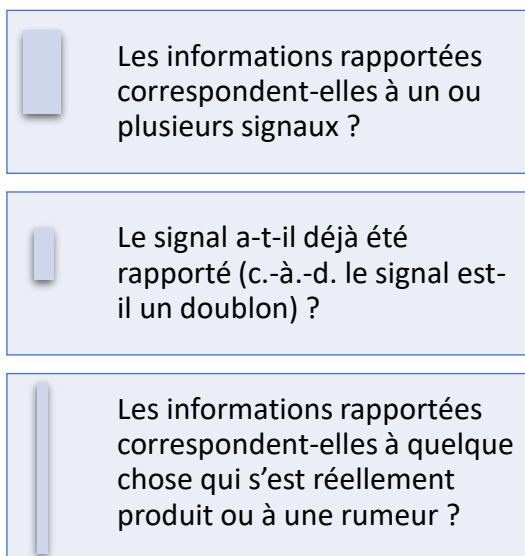


Figure 3: Questions à poser pendant le triage et la vérification

Le **trriage** est le fait de déterminer qu'un signal respecte au moins un des critères prédéfinis (voir Figure 3)

La **vérification** est le fait de déterminer si un signal est vrai (c.à.d. qu'il n'est pas une fausse alerte ou une fausse rumeur), et fiable. Dans le cadre de la SBC, on ne peut pas toujours se fier aux informations venant des sources potentielles. Les critères de vérification comprennent l'observation directe, le fait de poser des questions à l'ASCP pour s'assurer qu'il a compris correctement le signal, la confirmation du signal par au moins deux sources différentes, ou le fait qu'il soit ou non rapporté par une personne ou un lieu ayant une autorité médicale (docteur ou clinique).

La Figure 4 résume le processus de triage et vérification, et explique quels peuvent être les résultats suite à chacune des étapes.

Le processus de triage et de vérification permet de déterminer si le signal représente une menace pour la Santé Publique. Une fois que le signal est vérifié, il devient un évènement (voir Figure 4). Tous les évènements doivent être signalés immédiatement par l'AS au DS. Le triage et la vérification systématiques de tous les signaux détectés grâce à la SBC sont essentiels afin de ne pas surcharger le DS avec des fausses alertes ou des informations non fiables.

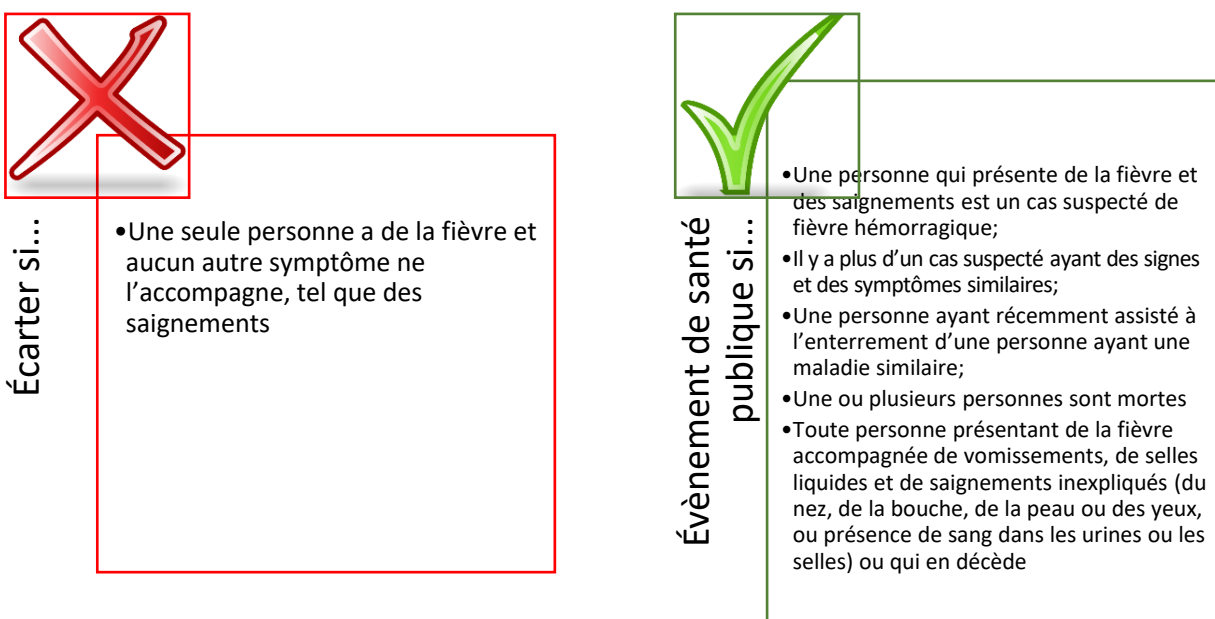


Figure 4: Exemple de guide pour la vérification d'un signal de communauté

d. Evaluation des risques

L'évaluation des risques est le processus systématique et continu consistant à examiner, analyser ou apprécier la menace ou le niveau de risque pour la santé humaine. Cette évaluation de risques permet de déterminer les actions à entreprendre et les moyens appropriés pour réduire ou éliminer les conséquences des événements de Santé Publique sur la base des informations recueillies.

L'évaluation des risques doit être réalisée dès la détection du signal et jusqu'au moment de la riposte à l'évènement. Il implique l'analyse de toutes les informations disponibles, et le fait de déterminer le niveau de risque que la situation représente pour la Santé Publique. Étant donné que de nouvelles informations au sujet de la situation peuvent surgir à tout moment, l'évaluation continue et systématique des risques assurera une riposte appropriée proportionnelle au niveau de risque identifié.

Quelle que soit la source des informations, une évaluation formelle des risques doit être réalisée au niveau du district et si cela est pertinent, au niveau régional et national également. Cela implique une collaboration entre le système de Santé Publique au niveau du district, régional et national et les FOSA au niveau correspondant. Toutes les informations collectées pendant l'évaluation des risques doivent être enregistrées de façon systématique.

Le Tableau 2 fournit un exemple de questions auxquelles il peut être utile de répondre pendant le processus d'évaluation des risques. L'évaluation des risques variera en fonction de la source d'information et de l'évènement, mais pourrait ressembler à ceci :

- Contacter les autorités sanitaires locales ;
- Contacter la source originelle ;
- Recouper les informations avec d'autres sources ;
- Collecter des informations supplémentaires ;
- Consulter les sources d'informations officielles (OMS, CDC etc...).

Tableau 2: Exemples de questions à poser lorsque l'on réalise une évaluation des risques

Questions possibles de l'évaluation des risques

- L'évènement comprend-il une suspicion de maladies à déclaration obligatoire sous 24 ou 48 heures par la SIMR ?
- La maladie suspectée a-t-elle un haut potentiel de propagation (p. ex., le choléra) ?
- Une mortalité ou une morbidité plus élevée que celle attendue a-t-elle été signalée pour l'évènement ?
- L'évènement est-il inhabituel ou inattendu dans la communauté ?
- Si une femme est décédée, était-elle enceinte ou l'avait-elle été récemment ?
- Y-a-t-il un foyer de cas avec des symptômes similaires ?
- La maladie a-t-elle des conséquences possibles sur le commerce ou les voyages ?

Une fois que les informations suffisantes sont recueillies, le DS doit déterminer le résultat de l'évaluation des risques. La Figure 5 décrit les informations collectées pendant l'évaluation des risques et qui peuvent déterminer les résultats. Il y a trois résultats possibles suite à une évaluation des risques :

- Aucune nouvelle enquête ni action nécessaire ;
- L'évènement doit être surveillé ; ou
- Une enquête et une riposte doivent être enclenchées.

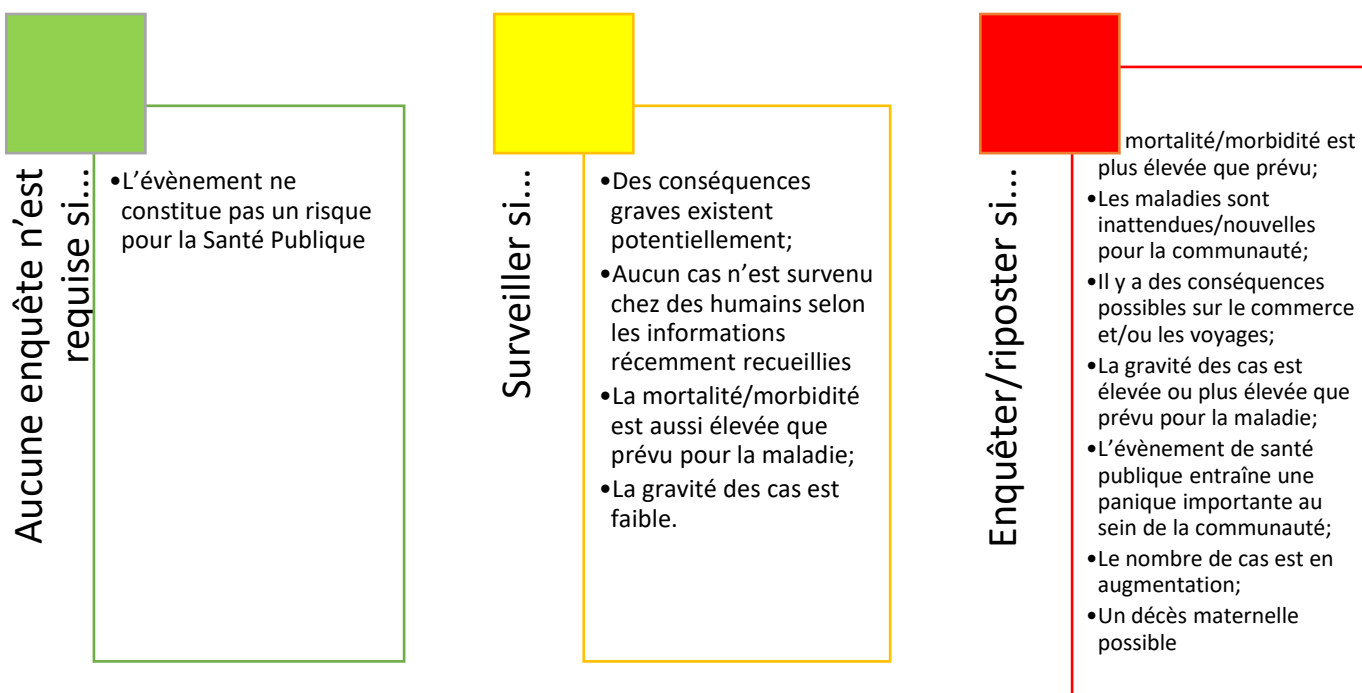


Figure 5: Processus et résultats possibles de l'évaluation des risques

e. Riposte

La confirmation d'un cas ou d'une flambée comprend l'investigation des cas suspects et la capacité du laboratoire à effectuer la confirmation. Prendre des mesures pour s'assurer que le

cas et les contacts, ainsi que l'épidémie ou l'évènement font l'objet d'une investigation et d'une confirmation en laboratoire. La capacité de confirmation des cas est renforcée grâce à l'amélioration des systèmes de référence, de réseautage et de partenariats. Recueillir des données probantes sur les causes possibles de la flambée ou de l'évènement, en incluant les sources issues de la santé animale (animaux domestiques et sauvages) et environnementales, et s'en servir pour choisir les stratégies de contrôle et de prévention appropriées.

Lorsqu'une épidémie ou un évènement de Santé Publique est détecté, une investigation doit être menée pour déterminer les causes et l'ampleur du problème ; les résultats de l'investigation devraient guider la riposte. Une évaluation de la situation doit être faite pour cerner les lacunes et les vulnérabilités, coordonner et mobiliser les ressources afin de mettre en œuvre les interventions de Santé Publique appropriées.

La communication sur les risques est un élément essentiel de tous les systèmes de surveillance, pendant les phases de préparation et de réponse aux évènements de Santé Publique et aux situations d'urgence. C'est l'échange en temps réel d'informations, de conseils et d'opinions entre les experts, les dirigeants communautaires ou les fonctionnaires et les personnes à risque. Cette communication sur les risques facilite l'engagement futur des parties prenantes en partageant l'information à tous les niveaux, y compris la communauté.

Ce guide permettra aux différents acteurs du système de Surveillance à Base Communautaire de facilement assurer une meilleure gestion des cas des maladies, affections prioritaires et évènements de Santé Publique, par l'intégration et la coordination facilitera l'approche « Une Santé », et permettra le renforcement des capacités essentielles requises du RSI.

V. MISE EN ŒUVRE DE LA SBC

1. Maladies prioritaires pour la SBC




En fonction du profil épidémiologique local, des maladies à potentiel épidémique (MAPE) et affections prioritaires (AP) peuvent être sélectionnées pour la SBC, en incluant les événements inhabituels et les décès inexplicables. Le Guide de la SBC présente les définitions communautaires de cas (signes et symptômes) voir Tableau 3 ci-après. Les maladies ou affections sont recommandées parce qu'elles sont :






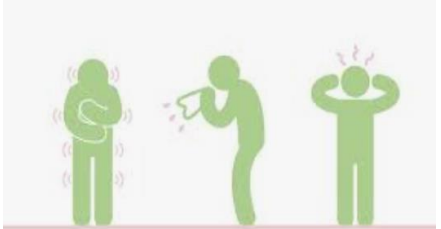

- Des MAPE pouvant avoir de graves répercussions sur la Santé Publique en raison de leur capacité à se propager rapidement à l'échelle internationale (choléra, peste, fièvre jaune, fièvre hémorragique virale...);





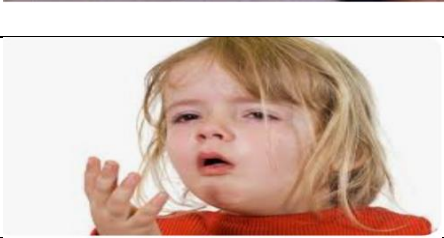


- Des causes principales de morbidité et de mortalité dues à des maladies et affections transmissibles dans le pays (paludisme, pneumonie, maladies diarrhéiques, tuberculose, VIH/SIDA, mortalité maternelle et traumatismes...);
- Des maladies ou affections non transmissibles prioritaires dans la Région Afrique (hypertension artérielle, diabète, santé mentale et malnutrition...);
- Des interventions efficaces de contrôle et de prévention sont disponibles pour traiter les problèmes de Santé Publique (l'onchocercose, la trypanosomiase...).


Le Tableau 3 ci-dessous présente des exemples de définitions communautaires des cas et des signaux pour la SBC

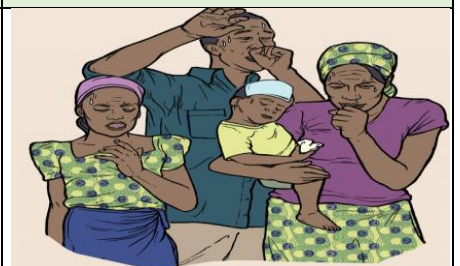




Tableau 3: Définitions communautaires des cas et des signaux pour la SBC




Quelques définitions communautaires des cas et des signaux (Some Community case definitions)	Cas /(Case)	Définition communautaire des cas / Community case definitions	Présentation en images de la maladie/condition
PFA/ AFP	Paralysie flasque aiguë / Acute flaccid paralysis	<p>Tout enfant de moins de 15 ans qui marchait ou rampait normalement et brusquement ne marche plus, ne rampe plus, ou n'arrive plus à bouger normalement au moins un de ses membres (mains ou jambes).</p> <p>Any child under the age of 15 who was walking or crawling normally and suddenly no longer walks, crawls, or can no longer move at least one limb (hands or legs).</p>	
DAA/ AWD	Diarrhée aqueuse aiguë / Acute watery diarrhea	<p>Toute personne présentant trois selles liquides ou plus au cours des dernières 24 heures</p> <p>Anyone with three or more watery stools in the last 24 hours</p>	
FHV/ VHF	Fièvre hémorragique virale / Viral hemorrhagic fever	<p>Toute personne ayant une maladie inexplicable accompagnée de fièvre et de saignements ou toute personne décédée des suites d'une maladie grave inexplicable accompagnée de fièvre et des saignements</p> <p>Anyone with an unexplained illness accompanied by fever and bleeding or anyone who died of a serious unexplained illness accompanied by fever and bleeding</p>	

MAPI / AEFI	Manifestation post vaccinale indésirable (MAPI) / Adverse events following immunization	Toute personne présentant de la fièvre ou tout autre symptôme survenu après une vaccination Anyone who presents a fever or other symptoms following an immunization	
DYS / DYS	Diarrhée sanglante (dysenterie)/ Bloody diarrhea (dysentery)	Toute personne faisant une diarrhée accompagnée de douleurs abdominales, avec présence de sang visible dans les selles Anyone with diarrhea accompanied by abdominal pain, with visible blood in the stool	
DRA/ DRA	Maladie du ver de Guinée (dracunculose)/ Guinea worm disease (dracunculiasis)	Toute personne présentant une lésion cutanée et vivant dans une zone endémique ou à risque de la maladie du ver de Guinée, avec l'émergence d'un ver. Anyone with a skin lesion and living in an area endemic or at risk for Guinea worm disease, with the emergence of a worm.	
HEP / HEP	Hépatite / Hepatitis	Toute personne atteinte de fièvre accompagnée d'un jaunissement du blanc de l'œil Anyone with fever accompanied by yellowing of the white part of the eye	
MOR / AB	Morsure d'animaux (rage potentielle)/ Animal bite (potential rabies)	Toute personne mordue par un chien ou un autre mammifère Anyone bitten by a dog or other mammal	
GRI / FLU	Syndrome grippal / Flu syndrome	Toute personne présentant une fièvre accompagnée de toux, de maux de gorge ou d'un rhume Anyone with fever, cough, sore throat or flu/ catarrh	
ROU / MEA	Rougeole / Measles	Toute personne, notamment les jeunes enfants qui a une fièvre et une apparition des boutons sur la peau (éruption) ; souvent, le nez coule, le malade tousse et les yeux deviennent rouges Anyone, especially young children, who have fever and the appearance of pimples on the skin (rash); frequent running	

		nostrils, the patient coughs and the eyes become red	
MEN / MEN	Méningite / Meningitis	Toute personne présentant de la fièvre et une raideur de la nuque Anyone with fever and stiff neck	
DEM / MDE	Décès maternel / Maternal death	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement Death of a woman occurring during pregnancy or within 42 days of childbirth	
DNN / NND	Décès néonatal / Neonatal death	Tout décès d'un nouveau-né vivant survenu avant les 28 premiers jours complets de sa vie Any death of a live newborn occurring before the first 28 full days of life	
TNN / NNT	Tétanos néonatal / Neonatal tetanus	Tout nouveau-né qui est normal à la naissance, puis après 2 jours, devient raide et incapable de téter, a des convulsions ou des crises Any newborn who is normal at birth, then after 2 days becomes stiff and unable to suck, has convulsions or crises	
PNE / PNE	Pneumonie / Pneumonia	Tout enfant de moins de cinq ans souffrant de toux et ayant le souffle court ou des difficultés respiratoires Any child under five with a cough and shortness of breath or difficulty breathing	
TUB/ TUB	Tuberculose / Tuberculosis	Toute personne toussant depuis deux semaines ou plus Anyone who has been coughing for two weeks or more	
FTY / TYF	Fièvre typhoïde / Typhoid fever	Toute personne présentant une fièvre persistante depuis au moins trois semaines Anyone with persistent fever for at least three weeks	

FJA / YEF	Fièvre jaune / Yellow fever	<p>Toute personne souffrant de la fièvre et du jaunissement des yeux ou de la peau (plantas des pieds, ongles, paumes des mains, mains) ou décédée des suites d'une maladie grave s'accompagnant de fièvre ou de saignements.</p> <p>Anyone suffering from fever and yellowing of the eyes or skin (soles of the feet, nails, palms of the hands, hands) or who died following a serious illness accompanied by fever or bleeding.</p>	
--------------	--------------------------------	--	---

Code	Signal (Signal)	Définition communautaire des signaux / Community definition of signals	
SC1	<p>Deux personnes ou plus présentant un ou plusieurs signes/symptômes similaires et issues du même milieu (ménage, lieu de travail, école, rue, par exemple) en l'espace d'une seule semaine ;</p> <p>Two or more people with one or more similar signs/symptoms and from the same environment (e.g. household, workplace, school, street) within a single week;</p>		
SC2	<p>Un ou plusieurs décès inexplicables d'animaux en l'espace d'une semaine dans la même communauté ;</p> <p>One or more unexplained animal deaths within a week in the same community</p>		
SC3	<p>Tout événement qui présente un risque pour la Santé Publique, notamment des catastrophes (naturelles, provoquées ou technologiques), ou des symptômes rarement observés ;</p> <p>Any event that presents a public health risk, including disasters (natural, man-made or technological), or rarely observed symptoms;</p>		
SC4	<p>Toute personne en provenance d'un autre pays arrivée dans une communauté dans un délai maximum de deux semaines présentant des signes de maladie ;</p> <p>Anyone from another country who arrived in a community within a maximum of two weeks showing signs of illness;</p>		
SC5	<p>Toute personne ou plus qui décèdent en communauté;</p> <p>Anyone or more people who dies in the community;</p>		

SC6	<p>Toute maladie ou mort humaine consécutive à une exposition à des animaux et à des produits d'origine animale, y compris de la volaille (par exemple, la consommation ou la manipulation) ;</p> <p>Any human illness or death resulting from exposure to animals and animal products, including poultry (for example, consumption or handling);</p>	
SC7	<p>Afflux de personnes ou d'animaux observé dans une zone / communauté donnée à un moment donné</p> <p>Influx of people or animals observed in a given area / community at a given time</p>	
SC8	<p>Tout événement dans la communauté qui cause de l'anxiété dans la population.</p> <p>Any event in the community that causes anxiety in the population</p>	

2. Rôles et responsabilités des acteurs de la SBC

Les acteurs de la SBC sont les personnes qui participent directement aux activités de détection, collecte, notification, triage, vérification, investigation et réponse aux problèmes de Santé Publique. La notification immédiate des cas suspects par les acteurs communautaires réduit les délais entre l'apparition des symptômes, l'investigation et le déclenchement de l'intervention proprement dite. Les rôles et responsabilités des acteurs de la SBC par niveau du système de santé sont condensés dans le tableau 4.

a) Les Acteurs Communautaires

La mise en œuvre de la SBC repose sur la disponibilité des acteurs communautaires, la sensibilisation des populations et les différentes activités de soutien institutionnel. Au niveau communautaire, les ASCP sont des personnes crédibles, choisies par la communauté et formées pour capter les signaux et les cas de maladie provenant de la communauté (en utilisant les définitions communautaires de cas et les définitions des signaux en communauté) afin de les transmettre aux autorités de Santé Publique compétentes.

Les réseaux communautaires constituent une ressource importante pour la SBC. Les enseignants, les pharmaciens, les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels etc... qui résident dans la communauté et interagissent régulièrement avec d'autres résidents devraient

former ces réseaux en tant qu'informateurs clés. Ces réseaux communautaires peuvent agir comme les « yeux » et les « oreilles » sur le terrain, en aidant les ASCPs et en augmentant considérablement les chances de détection des cas et des signaux de la communauté.

La SBC crée un sentiment de responsabilité, d'appropriation, assure une coordination et une coopération maximales. Cela peut se faire par le biais de réunions de sensibilisation, des réunions de mobilisation communautaire, des ateliers de formation, des supervisions sur site par des acteurs de la surveillance des niveaux supérieurs (AS, DS, DRSP, NC), des campagnes de plaidoyer et l'utilisation de différents canaux de sensibilisation et en utilisant différents canaux médiatiques, y compris la diffusion de messages sur la surveillance intégrée des maladies au cours des activités du programme d'intervention. Vous trouverez ci-dessous le paquet d'activités à réaliser par l'ASCP dans le cadre des activités communautaires.

Paquet d'activités des ASCP

- Collecte et transmission des informations sanitaires : nombre de cas et de signaux, accouchement à domicile, surveillance communautaire des MAPE et autres événements de Santé Publique (les décès maternels/néonataux et infantiles etc.) ;
- Participation aux activités de recherche active des cas dans la communauté ;
- Recherche des perdus de vue (Vaccination, TB, VIH, CPN, malnutrition ...) ;
- Organisation de la référence et contre référence communautaire ;
- Enregistrement des naissances ;
- Suivi à domicile des malades, des nouveau-nés et accouchées en post-partum immédiat ;
- Participation à une formation sur la SBC ;
- Sensibilisation de la communauté et ses informateurs clés à la détection et à la notification des cas et des signaux ;
- Détection des cas et les signaux et les réceptionner en provenance de la communauté ;
- Enregistrer des cas et les signaux ;
- Notification immédiate des cas et/ou les signaux à la FOSA la plus proche ou l'AS et éventuellement au centre zootechnique le plus proche ;
- Participation à toutes les enquêtes de santé publique de terrain ;
- Appui à l'investigation en communauté ;
- Communication pour le changement de comportement ;
- Appui à la prise en charge communautaire.

b) Les autres acteurs de La SBC (FOSA, ECD, Région et niveau Central)

Mettre en place un système de Surveillance à Base Communautaire et participer à chaque étape de sa mise en œuvre.

c) Les autres Sectoriels

Dans le cadre de l'approche « Une Santé » plusieurs acteurs collaborent avec le MINSANTE pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la SBC notamment les différentes administrations publiques et privées ainsi que les communautés territoriales décentralisées (CTD).

d) Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Fournir une assistance technique et financière au MINSANTE pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités de la SBC. Le tableau 4 ci-dessous présente un résumé des différents rôles et responsabilités des acteurs de la SBC.

Tableau 4: Rôles et responsabilités des acteurs de la Surveillance à base communautaire

Niveau de la pyramide sanitaire (Acteurs)	Rôle et responsabilités	Description des tâches	Outils
Niveau Communautaire			
Membres de la communauté et informateurs clés (enseignants, des pharmaciens, des leaders traditionnels, des tradipraticiens, associations locales et accoucheuses traditionnelles)	<ul style="list-style-type: none"> Détecter les signaux et des cas communautaires ; Notifier les signaux aux ASCP ; Orienter les malades et les familles vers les FOSA ; Rapporter rapidement à la formation sanitaire (FOSA) la plus proche ou à l'ASCP les cas suspects de maladies dans la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement communautaire ; Participer à une formation sur la SBC, animée par les autorités de Santé Publique ; Sensibiliser les résidents de la communauté à la SBC ; Contribuer à la sensibilisation de la communauté sur les maladies ou événements de Santé Publique ; Informier immédiatement l'ASCP et/ou le responsable de l'AS ; Enregistrer les signaux dans le cahier (si disponible) ; Participer à la réponse le cas échéant ; Utiliser les définitions communautaires des cas/signaux pour identifier les AP et événements de Santé Publique au sein de la communauté ; Participer à la recherche active des cas suspects de maladies ou tout autre événement inhabituel dans la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Affiches de communauté Affiches d'hôpital Dépliants
Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser la communauté et les informateurs clés ; Détecter des cas Communautaire ; Capturer les signaux ; Notifier les cas et signaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux formations sur la surveillance ; Sensibiliser les informateurs clés sur la détection et la notification des signaux ; Sensibiliser la communauté dans les ménages et sur les places publiques ; Détecter des cas et les signaux dans la communauté ; Saisir les signaux dans l'application mobile ; Soumettre le formulaire rempli ; Participer au triage et à la vérification des signaux détectés, le cas échéant ; Participer à l'évaluation des risques ; Recevoir des commentaires sur les signaux signalés des autorités de Santé Publique ; Faire le feedback aux informateurs clés et membre de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Affiches de communauté Carnet de bord de l'ASCP/ Boît à images Modèle de SMS Dépliants Application EWARS
Aire de Santé			
Point Focal surveillance de la formation sanitaire (PFS FOSA)	<ul style="list-style-type: none"> Détecter les signaux ; Notifier immédiatement au point focal surveillance de l'AS ; Participer aux enquêtes de terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux formations sur la surveillance ; Sensibiliser le personnel/informateurs clés des FOSA ; Détecter les signaux dans les FOSA ; Enregistrer les signaux dans le carnet de bord ; Notifier immédiatement les signaux au PF AS ; Participer à toutes les enquêtes de Santé Publique de terrain ; 	<ul style="list-style-type: none"> Affiches d'hôpital ; Carnet de bord ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique

		<ul style="list-style-type: none"> Participer à l'évaluation de risque ; Participer à la réponse le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> SIMR ; Boîte à images.
Point Focal surveillance de l'aire de santé (chef l'aire de santé).	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les cas Communautaires ; Trier et vérifier les signaux ; Notifier les cas et les événements au PFS du District de Santé ; Intégrer les événements dans le DHIS2 ; Participer à l'enquête/évaluation de risques. 	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux formations sur la surveillance ; Briefer les points focaux des FOSA sur la SBC ; Aider le CDS à former les ASC et sensibiliser les hôpitaux ; Réceptionner les signaux et notification des cas communautaires ; Renseigner le registre des signaux ; Trier et vérifier les signaux rapportés ; Notifier immédiatement les événements au DS et intégrer dans le DHIS2 ; Participer aux enquêtes de Santé Publique de terrain ; Superviser des ASCP ; Elaborer et transmettre au DS la fiche de synthèse hebdomadaire SBC ; Faire le feedback aux ASCP et PFS des FOSA ; Participer à l'investigation. 	<ul style="list-style-type: none"> Affiches d'hôpital ; Affiches de communauté ; DHIS2 ; Fiches de synthèse hebdomadaire ; Registre des signaux de l'AS ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR ; Boîte à images ; Application EWARS ; RMA Communautaire.
District de Santé			
Equipe Cadre du District de Santé (PFS +Chief de Service de Santé de District)	<ul style="list-style-type: none"> Triage et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la vérification des signaux transformés en événement ; Participer à l'évaluation du risque ; Organiser les investigations préliminaires de cas suspects et des événements 	<ul style="list-style-type: none"> Affiches de communauté ; Affiches d'hôpital ; Modules de formation de la SBC ; DHIS2 ; Modèle pour l'évaluation des risques ; Boîte à outils d'investigation ; Grille de supervision SIMR ; Base de données SBC ; Application EWARS ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR.
Niveau Régional			
Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP)	<ul style="list-style-type: none"> Réceptionner tous les rapports du DS ; Évaluation des risques des événements ; Appui à l'évaluation des risques ; Fournir une assistance d'enquête au DS ; Notifier le niveau national ; Superviser les DS. 	<ul style="list-style-type: none"> Participer aux formations sur la SBC ; Réceptionner les plans d'action SBC des DS et élaborer celui de la Région ; Fournir une assistance pour l'évaluation de risques et les enquêtes au DS si nécessaire ; Réceptionner tous les rapports d'enquête et d'évaluation de risques envoyés par les DS ; Signaler immédiatement tout événement à risque élevé ; Solliciter les demandes d'assistance supplémentaire en cas d'événement de Santé Publique ; Réaliser une supervision intégrée des DS ; Faire le feedback aux PFS des DS. 	<ul style="list-style-type: none"> DHIS2 ; Grille de supervision SIMR ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR ; Base de données SBC.
Niveau Central			
Niveau Central	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner les activités de la SBC ; Notifier les USPPI ; Appuyer l'évaluation rapide des risques ; Appuyer l'investigation et la riposte aux événements ; Communiquer sur les activités de la SBC ; 	<ul style="list-style-type: none"> Faire le suivi général des activités de la SBC ; Évaluer les risques des événements signalés ; Réceptionner les informations sur les épidémies potentielles et les enquêtes en cours au moyen de la base de données ; Effectuer un suivi et une visualisation en temps réel des données de l'événement ; Déployer l'équipe d'Investigation et d'Intervention Rapides du niveau central si nécessaire ; Réceptionner les résultats de laboratoire et assurer la communication avec le DRSP ; 	<ul style="list-style-type: none"> DHIS2 ; Grille de supervision SIMR ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR ; Base de données SBC.

	<ul style="list-style-type: none"> Superviser les acteurs ; Fournir la retro-information. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner la riposte des activités dans plusieurs régions ; Analyser et interpréter les données de surveillance ; Diffuser les informations ; Résumer et diffuser les résultats de toute riposte de Santé Publique aux événements dans des bulletins d'information envoyés aux régions ; Faire l'évaluation de l'impact de la SBC sur la SIMR ; Mobiliser les parties prenantes et les partenaires et coordonner la riposte ; Alerter les régions environnantes au sujet des épidémies et des événements sanitaires ; Fournir une assistance technique au DRSP ; Faire le feedback aux PFS des Régions. 	
Les autres sectoriels	Collaboration avec le MINSANTE dans le cadre de l'approche « Une Santé ».	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un appui technique, logistique et financier ; Promouvoir la stratégie nationale « Une Santé ». 	<ul style="list-style-type: none"> Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR.
Les PTF	Fournir une assistance technique et financière au MINSANTE pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités de la SBC.	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un appui technique et/ou financier au MINSANTE pour la mise en œuvre de la SBC ; Appuyer le renforcement des capacités des communautés, des OSC et des acteurs à tous les niveaux du système de santé ; Appui dans le domaine du plaidoyer ; Appui à la mobilisation des ressources ; Appui au financement de la mise en œuvre des activités inscrites dans le guide de la SBC. 	<ul style="list-style-type: none"> Grille de supervision SIMR ; Guide et SOP de la SBC ; Guide technique SIMR.

VI. CIRCUIT DE L'INFORMATION

1. Sources d'information pour la Surveillance à base communautaire

Un système de la SBC qui fonctionne doit être relié aux principales sources d'information. Cela comprend, sans s'y limiter, les sources d'information suivantes :

- les membres de la communauté ;
- les institutions publiques et privées ;
- les guérisseurs traditionnels ;
- La médecine alternative, complémentaire et non conventionnelle ;
- les médias.

Ces sources peuvent fournir des renseignements sur des conditions sanitaires telles que des groupes de cas, des épidémies, des maladies et des décès inattendus ou inhabituels, des rumeurs, de nouvelles occurrences et toute modification des facteurs de risque pour la santé humaine.

(a) Les membres de la communauté :

- **Tous les agents de santé communautaires polyvalents, les accoucheuses traditionnelles et les maîtres d'école** : ils constituent des sources d'information privilégiées en raison de leurs liens avec les autorités locales et de leur présence sur le

terrain, en particulier dans les régions reculées où l'accès aux soins de santé primaire est difficile.

- **Les chefs communautaires, traditionnels, religieux ou de la jeunesse et la société civile** : ils peuvent fournir des rapports informels sur des problèmes de santé inhabituels ou des risques sanitaires dont ils sont témoins au sein de leur communauté.
- **Les familles** : elles permettent aux différents acteurs d'obtenir des informations sur l'état de santé des membres du ménage.

(b) Les institutions publiques et privées :

- les organisations confessionnelles et les organisations à base communautaire en tant que sources d'information sur des événements inhabituels.

(c) Les guérisseurs traditionnels :

Une grande partie de la population a accès à des services de santé traditionnels pour les soins de santé primaires. Ces services de santé traditionnels se standardisent de plus en plus et sont de ce fait considérés comme des informateurs clés pour la SBC.

Médecine alternative (chiropraxie, mésothérapie, homéopathie, acupuncture par exemple), médecine complémentaire et médecine non conventionnelle : il s'agit de pratiques de soins de santé qui ne font pas partie de la tradition du pays et qui ne sont pas intégrées dans le système de santé. Elles gagnent en popularité et doivent être considérées comme une source potentielle d'informations sur la santé et le contact avec elles permet d'encourager des pratiques sûres.

(e) Les Médias:

Les médias locaux, nationaux et internationaux sont d'importantes sources d'information pour la SBC. La presse écrite, les chaînes de radio, la télévision, les sites internet et les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, Twitter, TikTok, Instagram, etc.) peuvent rapporter des événements tels que des groupes de cas humains, des épidémies ou des décès inattendus et inhabituels avant leur détection par les services de santé locaux.

2. Circuit des données

Le circuit d'informations pour le rapportage de la SBC s'intègre à celui précisé dans la SIMR. Les outils de formation et de signalement pour les ASCP et les points focaux surveillance des FOSA facilitent la détection des signaux et leur rapportage au système de Santé Publique.

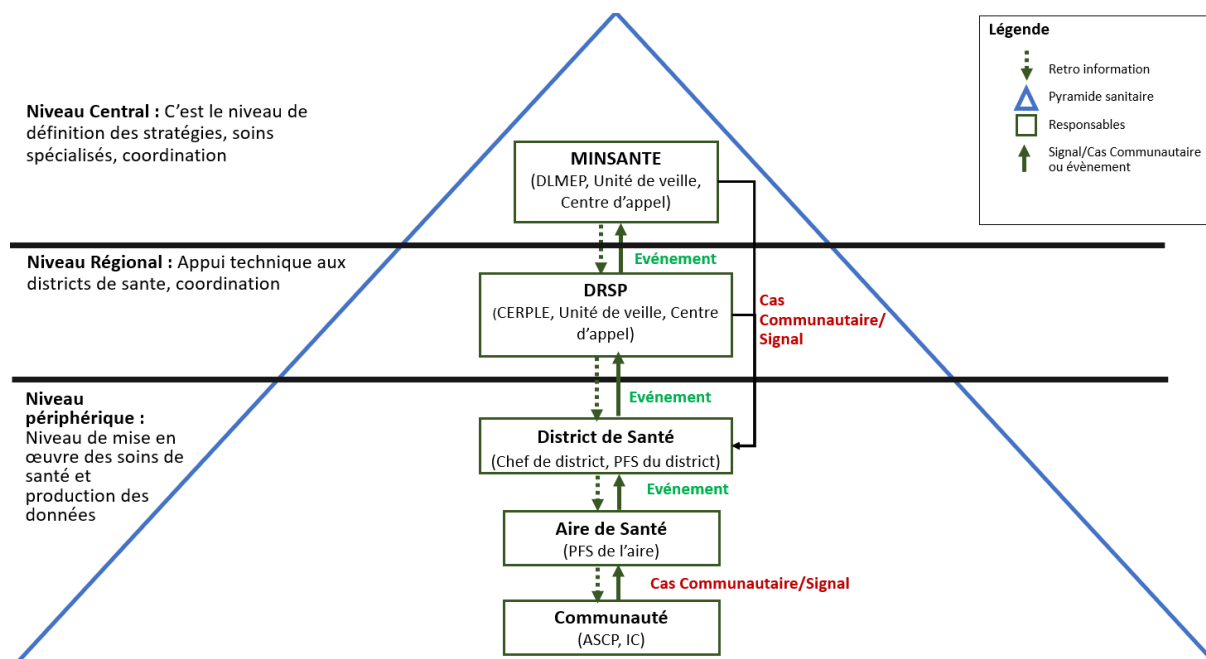


Figure 6 : Circuit des informations du niveau de la communauté vers les niveaux supérieurs

Comme illustré à la Figure 6, au niveau périphérique, les ASCP et/ou les informateurs clés transmettent les signaux/cas communautaires aux PFS de l'AS ou du DS le cas échéant. Chaque signal/cas communautaire y sera trié et vérifié dans les 24 heures suivant sa capture. Lorsqu'un signal est vérifié, il devient un événement. L'AS est responsable de la notification de tous les événements au niveau du district. Au niveau régional et central, les centres d'appel et les unités de veille transmettent les signaux/cas communautaires captés aux PFS des DS. Chaque DS organise avec l'AS le tri et la vérification dans les 24 heures. L'ECD est chargée de faire l'évaluation des risques. Lorsqu'un signal/cas communautaire devient un événement, il est enregistré et rentre directement dans la SIMR. Les événements qui présentent un risque élevé doivent faire l'objet d'une enquête et d'une riposte dans les 48 heures suivant leur notification. La rétro-information permet la diffusion des décisions prises et le suivi des actions à tous les niveaux.

VII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la performance sont un volet essentiel de tout programme de santé. Ils permettent aux personnes chargées de la mise en œuvre de la SBC de vérifier les progrès, d'orienter les décisions et les mesures correctives et de mettre à jour les plans relatifs au projet. En outre, ils contribuent à la redevabilité. La SBC est conçue pour assurer le suivi d'un résultat précis en matière de santé. De ce fait, le processus d'analyse aura pour objectif de suivre et

d'évaluer « l'impact ». Il est généralement recommandé, aux fins du suivi et de l'évaluation de la SBC, d'utiliser deux approches complémentaires.

1. Indicateurs de performance

Les indicateurs de performance sont utiles, car ils aident à déterminer si la SBC obtient les résultats attendus ou si certains aspects doivent être renforcés. Le cadre de suivi et évaluation définit les indicateurs, les calculs et les méthodes de collecte de données de la SBC. Il doit être associé à un tableau de suivi des indicateurs simples, qui permet aux responsables de la surveillance de suivre les résultats et simplifie l'établissement des rapports. La plupart des indicateurs de performance de la SBC peuvent être calculés sur la base des données issues de la surveillance, combinées à des documents tels que les registres des ASCP, les rapports de formation, les plans et les rapports de mise en œuvre. Des logiciels peuvent être programmés pour réaliser les calculs et faire un rapport sur les indicateurs chaque semaine, mois ou trimestre, selon le besoin. Il est conseillé d'adopter une approche réaliste, en particulier au moment de fixer les objectifs.

2. Analyses et suivi des données conduits par la communauté

Il peut être intéressant d'aider la communauté à réaliser ses propres analyses de données. En particulier dans le cas de la SFE, mais également dans celui de la SFI, il est utile de voir l'impact des activités menées par les communautés. On peut leur fournir du matériel simple pour noter les types de déclencheurs qu'elles ont signalé, les mesures qui ont été prises en conséquence, ainsi que les épidémies et les événements qui ont touché la communauté mais n'ont pas donné lieu à une alerte, afin que les déclencheurs puissent être ajustés. Durant une épidémie, le fait de tenir, au niveau local, des registres des cas signalés à la FOSA/DS constitue un moyen, pour la communauté, de savoir si le nombre de cas augmente ou diminue et de favoriser la prise de mesures préventives à un stade précoce.

Indicateurs de la Surveillance à Base Communautaire

Tableau 5: Indicateurs de la Surveillance à base communautaire

Activités/Interventions	Indicateurs	Objectifs/ résultats attendus	Éléments de la formule		Source de vérification
			Dénominateur	Numérateur	
COMMUNAUTÉS					
Détection	Nombre de signaux et des cas communautaires détectés par ASCP par semaine	Au moins 1 signal / cas communautaire détecté par semaine	—	—	Carnet de bord de l'ASCP Registre des signaux de l'AS.
	Nombre de signaux et des cas communautaires détectés par les informateurs clés et les	Au moins 1 signal / cas communautaire		—	Carnet de bord de l'ASCP ; Registre des

	membres de la communauté par semaine	défecté par semaine			signaux de l'AS.
Notification	Proportion des signaux et des cas communautaires notifiés dans les 24 heures qui suivent la détection au niveau de la FOSA/AS	100% de cas communautaires et des signaux sont notifiés dans l'intervalle de 24 heures au niveau de la FOSA/AS	Nombre de cas communautaires et signaux notifiés	Nombre des cas communautaires et signaux notifiés dans l'intervalle de 24 à 48 heures	Carnet de bord de l'ASCP ; Fiche de notification des signaux de l'ASCP ; Registre des signaux de l'AS.
	Proportion des signaux et des cas communautaires notifiés dans les 24 heures qui suivent la détection dans les Centres d'Appel	100% des cas communautaires et des signaux sont notifiés dans l'intervalle de 24 heures au niveau des Centres d'Appel	Nombre des cas communautaires et signaux notifiés	Nombre des cas communautaires et signaux notifiés dans l'intervalle de 24 à 48 heures	Fiches de notification des signaux/registres de notification des signaux.
AIRE DE SANTE					
Triage et vérification	Proportion de signaux triés et vérifiés	80% au moins de signaux triés et vérifiés	Nombre des signaux notifiés	Nombre de signaux triés et vérifiés	Registre des signaux de l'AS ; Carnet de bord de l'ASCP ; Fiche de notification des signaux de l'ASCP.
Supervision	Nombre d'ASCP ayant été supervisés dans les trois derniers mois	Au moins 80% d'ASCP ont été supervisés dans les trois derniers mois	Nombre total d'ASCP	Nombre d'ASCP qui ont été supervisés au moins une fois	Rapports de supervision
DISTRICT DE SANTE					
Evaluation de risques	Proportion d'évaluation de risques menée	Au moins 80% d'évènements ont bénéficié d'une évaluation des risques	Nombre total d'évènements	Nombre d'évènements évalués	Rapport d'évaluation de risques
Réponse	Proportion d'évènements qui bénéficie d'une réponse dans les 48 heures après l'évaluation du risque	Au moins 80 % des évènements ont bénéficié d'une réponse	Nombre total d'évènements	Nombre total d'évènements ayant bénéficié d'une réponse	Rapports des activités de réponse
Supervisions	Proportion d'AS supervisées dans les trois derniers mois	Au moins 80% des AS ont été supervisées dans les trois derniers mois	Nombre total d'AS	Nombre d'AS qui ont reçu au moins une visite de supervision	Rapports de supervision
DRSP					
Supervision	Proportion de Districts de Santé supervisés dans les six derniers mois	Au moins 80% des Districts de Santé ont été supervisés dans les six derniers mois	Nombre total de Districts de Santé	Nombre de Districts de Santé qui ont reçu au moins une visite de supervision	Rapports de supervision
NIVEAU CENTRAL					
Supervision	Proportion de régions ayant été supervisées dans les six derniers mois	Au moins 80% des régions ont été supervisées	Nombre total de régions	Nombre de régions qui ont reçu au moins	Rapports de supervision

		dans les six derniers mois		une visite de supervision	
--	--	-------------------------------	--	------------------------------	--

VIII. ANNEXES : OUTILS DE LA SBC

OUTIL 1 : Notification

A. Fiche de notification des signaux (Feuillet du carnet de bord ASCP)

INFORMATIONS GENERALES / GENERAL INFORMATION	
CODE de l'Agent de Santé Communautaire Polyvalent : Polyvalent Community Health Worker ID	_____
Numéro de téléphone / Phone number:	_____
INFORMATIONS DU SIGNAL/ SIGNAL INFORMATION	
Date de notification du signal : Signal notification date	/ ____/ ____/ ____/ (jj/mm/aaaa)
Heure de notification du signal : Signal notification time	/ ____/ ____/ (hh/mm)
Date de détection du signal : Signal detection date	/ ____/ ____/ ____/ (jj/mm/aaaa)
Date de survenue du signal: Date of occurrence of the Signal	/ ____/ ____/ ____/ (jj/mm/aaaa)
Type de signal : (se référer aux codes dans la liste des signaux) Type of signal: (refer to the codes in the list of signal)	/ ____/ (4 lettres)
Nombre de personnes/animaux affectés : Number of people affected	_____
S'il s'agit d'une (01) personne, précisez l'âge et le sexe If it is one (01) person, specify the age and sex	Masculin / Male <input type="checkbox"/> Féminin / Female <input type="checkbox"/> 0-28 jours <input type="checkbox"/> Moins de 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans <input type="checkbox"/> 0-28 days Less than 5 years old More than 5 years
Village/Quartier : Village/ Quarter	_____
Localisation précise du signal: Precise location of the signal:	_____ _____
Numéro à contacter en cas de besoin : Number to contact in case of need:	_____
<u>Commentaires / Comments:</u> _____	

OUTIL 2 : Triage et vérification du signal

TRIAGE ET VERIFICATION (AIRE DE SANTE)	
Code du signal/cas vérifié (<i>Code Source_Date_Numero Signal</i>)/...../..... <i>Code de la source....._jj/mm/aaaa_Numéro du Signal</i>
Nom du personnel/ <i>Staff name</i> :	_____
Structure de provenance dans la pyramide sanitaire: <i>Structure of origin in the health pyramid:</i>	_____
Date de vérification du signal/cas communautaire : <i>Signal/community case verification date</i>	/_____/_____/_____/ (jj/mm/aaaa)
Heure de vérification du signal/cas communautaire <i>signal/community case verification time</i>	_____ heures _____ minutes
Les informations rapportées correspondent à un ou plusieurs signaux ? <i>Does the information reported correspond to one or more signals?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le signal a-t-il déjà été rapporté (c.-à-d. le signal est t-il un doublon) ? <i>Has the signal already been reported (i.e. is the signal a duplicate)?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les informations rapportées correspondent-elles à quelque chose qui s'est réellement produit ou à une rumeur ? <i>Does the information reported correspond to something that actually happened or to a rumor?</i>	<input type="checkbox"/> Information vraie <input type="checkbox"/> Rumeur
Statut du signal/Cas communautaire : <i>Signal status/Community case :</i>	<input type="checkbox"/> Pas vérifié <input type="checkbox"/> Retenu (<i>Evènement</i>) <input type="checkbox"/> Rejeté
Nom de l'évènement retenu : <i>Name of the event:</i>	
<u>Commentaires/ Comments :</u>	


OUTIL 3 : Évaluation des risques de l'évènement

EVALUATION DES RISQUES	
Code de l'évènement/...../..... <i>Code ASCP....._jj/mm/aaaa_Numéro du Signal</i>
Nom du personnel : Name of the staff:	_____
Structure de provenance dans la pyramide sanitaire:	
Description du risque (Caractéristiques cliniques, temps, lieu, personnes)	

Un cadre formalisé de la SBC doit être défini	Y a-t-il des textes juridiques et réglementaires qui encadrent la mise en œuvre de la SBC ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Y a-t-il au moins un personnel formé sur la SBC au niveau des FOSA et du DS ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Si oui combien de personnes ont été formées ?	<input type="checkbox"/> ₁ FOSA____ <input type="checkbox"/> ₂ DS____	
	Par quels moyens ?	<input type="checkbox"/> ₁ Atelier <input type="checkbox"/> ₂ E-Learning <input type="checkbox"/> ₃ Autres (Précisez)_____	
	Combien de personnes formées ont été supervisées dans les six derniers mois?	<input type="checkbox"/> ₁ FOSA____ <input type="checkbox"/> ₂ DS____	
Acteurs de la SBC	Quelle est la principale source de l'information de la SBC ?	<input type="checkbox"/> ₁ ASCP <input type="checkbox"/> ₂ Informateurs clés (à préciser) <input type="checkbox"/> ₃ Membres de la communauté <input type="checkbox"/> ₄ Media	
Opérationnalisation de la SBC par les Chefs des Aires de santé	La cartographie de l'Aire de Santé est faite ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	le nombre d'ASCP de la SBC nécessaires pour l'Aire de Santé est déterminé ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	les membres de la communauté qui souhaitent être des ASCP et à qui la communauté donne son accord sont identifiés ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	L'ASCP a-t-il reçu une formation sur le SBC ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Un mécanisme de rétro-information a-t-il été mis en place pour le SBC ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
Suivi et supervision des acteurs mettant en œuvre la SBC	Les acteurs mettant en œuvre la SBC sont-ils suivis au cours des six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Avez-vous été supervisé par votre hiérarchie au cours des six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Si oui combien de fois avez-vous été supervisé au cours des six derniers mois	<input type="checkbox"/> ₁ FOSA_____ <input type="checkbox"/> ₂ DS_____ <input type="checkbox"/> ₃ REGION_____	
Participation et engagement communautaire	Les communautés sont-elles résilientes dans les activités de la SBC ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
Supervision des activités de la SBC			
Détection des cas suspects et signaux	Les cas communautaires et signaux inhabituels sont-ils détectés par les ASCP dans l'intervalle de 7 jours ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Les cas communautaires et signaux inhabituels sont-ils détectés par les informateurs clés dans l'intervalle de 7 jours	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
Notifier les cas communautaires et signaux	Combien des signaux/ cas communautaires ont-ils été notifiés dans les six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> ₁ _____	
	La notification est-elle immédiate ? (dans les 24 heures)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	

	Combien de signaux/ cas communautaires ont-ils été notifiés dans les 24 heures ?	<input type="checkbox"/> ₁ _____	
Triage et vérification	Le signal notifié a-t-il déjà été rapporté ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Le signal notifié provient-il d'une source fiable ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Combien des signaux/ cas communautaires notifiés ont été transformés en évènements ?	<input type="checkbox"/> ₁ _____	
Evaluation des risques	Nombre total d'évènements dans les six derniers mois	<input type="checkbox"/> ₁ _____	
	Nombre d'évaluation de risques menée dans les six derniers mois	<input type="checkbox"/> ₁ _____	
	L'évènement déclaré fait-il partie des maladies à déclaration obligatoire ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Les cas communautaires a-t-elle un haut potentiel de propagation ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	Une mortalité ou une morbidité plus élevée que celle attendue a-t-elle été signalée pour l'évènement ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	L'évènement dans les six derniers mois est-il inhabituel ou inattendu dans la communauté ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
	La maladie a-t-elle des conséquences possibles sur la santé humaine ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ NA	
Riposte	Nombre d'évènements dans les six derniers mois qui ont bénéficié d'une réponse dans les 48 heures après l'évaluation du risque	<input type="checkbox"/> ₁ _____	

OUTIL 5 : Procédures Opérationnelles Standards

	<h3>1. Détection du signal / Cas communautaire</h3>
<p>Code : 01/SBC/2023</p>	

<p>I. Objectifs</p> <p>Détecter tous les cas de maladie et évènement de Santé Publique dans les 24 heures suivant leur apparition dans la communauté.</p>
<p>II. Public cible</p> <p>Ce document s'adresse aux acteurs de la surveillance à tous les niveaux : Points Focaux Surveillance, personnel de santé, ASCP, Informateurs Clés, membres de la communauté.</p>
<p>III. Prérequis de mise en œuvre</p> <p>Connaitre les définitions communautaires de cas et des signaux</p>

IV. Résultats attendus

Tout cas de maladie et événement de Santé Publique est détecté dans les 24 heures suivant leur apparition dans la communauté

V. Délais impartis

Quotidiennement (dans les 24 heures)

VI. Ressources

Humaines

- **Membres de la communauté** : ASCP, Leaders communautaires, informateurs clés
- **Personnels de santé** : Points focaux surveillance, CERPLE, équipe cadre du district
- **Unité de veille** : centre d'appel (opérateurs téléphoniques, régulateurs médicaux), équipe de veille médiatique

Equipements

- Matériels roulants
- Matériels de protection et Hygiène
- Matériels de communication/sensibilisation
- Téléphones
- Matériels de bureautique

VII. Documents

- Affiches de sensibilisation pour la FOSA
- Dépliants
- Affiches de sensibilisation pour la communauté
- Définition communautaire des cas
- Carnet de bord
- Boîte à images
- Guide de surveillance à base communautaire
- Définition des signaux

VIII. Procédure

1. Constituer une équipe de surveillance à base communautaire composée de ASCP et d'autres volontaires.

2. Former l'équipe sur :

- Les généralités de la SBC et la définition des cas communautaires et signaux ;
- Compétences de base en matière de communication ;
- Utilisation des définitions communautaires des cas et des signaux pour l'identification des maladies/événement de Santé Publique ;
- l'utilisation des formulaires de collecte d'information et canevas de rapportage

3. Attribuer une ou plusieurs zone(s) géographique(s) (communauté) à chaque ASCP

- Chaque ASCP doit mettre en place son réseau d'informateurs clés qui sont les leaders communautaires (chefs traditionnels, religieux, tradipraticiens, instituteurs d'écoles ...)
- L'ASCP fait des visites à domicile dans sa zone d'action ;

- Dans chaque ménage, il salue les membres selon les pratiques culturelles de la zone (en respectant les mesures barrières : éviter de serrer les mains, distanciation sociale...)
 - Dans un entretien de courtoisie avec le chef de ménage ou avec d'autres personnes responsables, il utilise des astuces pour savoir s'il y a : des malades dans le ménage ou le quartier, un animal mort d'une maladie étrange, un animal sauvage dans le quartier ou l'existence d'autres situations inhabituelles.
 - S'il y a une personne malade dans le ménage ou le quartier, ASCP informe immédiatement le PFS/responsable de la FOSA.
 - L'ASCP enregistre le cas (signal) dans la fiche communautaire de notification/ carnet de bord qu'il transmettra au PFS/ responsable de la FOSA en fin de journée.
 - S'il n'y a pas de cas, l'ASCP sensibilise en quelques minutes sur un sujet précis et prend congés de la famille et passe au ménage suivant.
 - L'ASCP doit visiter au moins 20 ménages par mois ;
- NB : En outre les visites à domicile, l'ASCP doit pouvoir détecter les cas dans les zones de grands rassemblements : Eglises, Marchés, Champs, Ecoles ...
- Tout membre de la communauté ou informateur clé peut détecter une situation représentant une menace pour la santé (groupe de personne ayant les mêmes symptômes, décès inexplicables de personnes survenus au cours d'une même semaine, décès de groupes d'animaux, situations inhabituelles...) et informer l'ASCP ou le responsable de la structure sanitaire la plus proche.



2. Notification des cas communautaires et des Signaux

Code : 02/SBC/2023

I. Objectif

Notifier immédiatement au chef de l'AS / PFS, tous les cas de maladie répondant à la définition communautaire de cas / définition des signaux.

II. Public cible

Ce document s'adresse aux acteurs de la surveillance à tous les niveaux : Points Focaux Surveillance, personnel de santé, Agents de Santé Communautaire Polyvalent, Informateurs Clés, membres de la communauté.

III. Conditions à remplir

- Connaître les définitions communautaires de cas et définition des signaux
- Maîtriser le circuit de transmission des informations

IV. Résultats attendus

Tout cas de maladie ou signal répondant à la définition communautaire des cas ou à la définition des signaux est notifié au Chef de l'AS / PFS immédiatement ou dans les 24 heures suivant sa détection.

V. Délais impartis
<ul style="list-style-type: none"> • Immédiat. • La notification des cas et signaux doit être effectuée immédiatement ou dans les 24 heures suivant leur détection au niveau communautaire.

VI. Ressources
Humains
<ul style="list-style-type: none"> • Membre de la communauté et informateurs clés (enseignants, pharmaciens, chefs religieux, guérisseurs traditionnels, et Accoucheuses traditionnelles) • Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) • Point Focal surveillance de la formation sanitaire (PFS FOSA) • Point Focal surveillance de l’Aire de Santé (Chef l’Aire de Santé).
Equipements
<ul style="list-style-type: none"> • Kit communication • Manuels techniques • Kit de bureautique ; • Téléphone ; • Modèle de SMS ;
Logiciels
Logiciel de gestion des données en fonction du niveau du système de santé
Documents
<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de notification communautaire des cas ; • Méthodes de notification ; • Guide pour la SBC ; • Carnet de bord ; • Registre des rumeurs ; • Registre des signaux ;

VII. Procédure
De la communauté à la FOSA
<ul style="list-style-type: none"> • La notification des cas et signaux doit être effectuée immédiatement ou dans les 24 heures suivant leur détection ; • Les membres de la communauté et les informateurs clés doivent immédiatement signaler à l’ASCP les cas/signaux qu’ils captent ; • L’ASCP renseigne une fiche de notification et remet le rapport de synthèse de la journée en fin de journée au Chef de l’AS / PFS ; • En tant qu’interface entre la communauté et le système de soins de santé, l’ASCP doit transmettre immédiatement les cas ou signaux au Chef de l’AS / PFS par appel/message téléphonique ou tout autre moyen.
De la communauté au centre d’appel
<ul style="list-style-type: none"> • Tout membre de la communauté ou informateur clé peut transmettre une information à travers le numéro vert du MINSANTE 1510. • Toute information représentant une menace pour la santé (groupe de personnes ayant les mêmes symptômes, décès inexplicables de personnes survenus au cours d’une même

semaine, décès de groupe d'animaux, situations inhabituelles...) doit immédiatement être transmise au MINSANTE à travers le numéro vert (1510). Le téléopérateur réceptionne les informations par téléphone (appels et SMS) provenant de la communauté et les consigne dans une fiche de notification d'alerte (électronique et physique).



3. Triage et Vérification

Code : 03/SBC/2023

I. Objectif

Déterminer qu'un signal ou un cas communautaire respecte au moins une des définitions communautaires des cas ou des signaux et déterminer si un signal est vrai (c.à.d. qu'il n'est pas une fausse alerte ou une fausse rumeur), fiable.

Le processus de triage et de vérification permet de déterminer si le signal représente une menace pour la Santé Publique. Une fois que le signal est vérifié, il devient un évènement.

II. Public cible

Ce document s'adresse à tous les Points Focaux Surveillance de l'Aire de Santé/Chef de l'Aire de Santé et Equipe Cadre du District de Santé.

III. Conditions à remplir

- Être formé en Surveillance à base communautaire (maîtriser le processus de triage et vérification).

IV. Résultats attendus

Tous les signaux captés sont triés et vérifiés.

V. Délais impartis

Immédiat, dans les 24 heures.

VI. Ressources

Humains

- Chef de l'Aire de Santé ;
- Equipe Cadre du District de Santé ;
- Equipe de veille (centre d'appel et scanning des média) ;
- ASCP.

Equipements

- Kit de communication (téléphones, connexion internet) ;

<ul style="list-style-type: none"> • Kit bureautique (ordinateurs) ; • Matériels roulants (motos, véhicules...). 		
Documents		
<ul style="list-style-type: none"> • Guide de la SBC ; • Annuaire téléphonique et numérique ; • Carte géographique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de notification ; • Registres des signaux ; • Registre des rumeurs. 	

VII. Procédure
Dans l'Aire de Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Le PFS / Chef de l'AS en charge du triage et la vérification procède au triage et à la vérification immédiatement après la notification d'un signal ou d'un cas communautaire quel que soit la source ; • Le Chef de L'AS / PFS réceptionne les informations par téléphone ou à travers le carnet de bord, les fiches de notification communautaires et les consigne dans un registre de signaux/ rumeurs ; • Il procède à un "tri" en posant les questions suivantes : Les informations rapportées correspondent-elles à une ou plusieurs définitions de signaux ? Le signal a-t-il déjà été rapporté (c.-à.-d. le signal est-il un doublon) ? • Une fois le tri effectué, il s'en suit une vérification pour déterminer si le signal est vrai (c.à.d. qu'il n'est pas une fausse alerte ou une fausse rumeur : fiable). Les informations rapportées correspondent-elles à quelque chose qui s'est réellement produit ou à une rumeur ? • Les critères de vérification comprennent l'observation directe, le fait de poser des questions à l'ASCP pour s'assurer qu'il a compris correctement le signal, la confirmation du signal par au moins deux sources différentes, ou le fait qu'il soit rapporté par une autorité médicale ; • Une fois que le signal est vérifié, il devient un évènement et indiqué sur le registre des signaux. Tous les évènements doivent être signalés immédiatement par l'AS au DS ; • Le Chef de l'Aire de santé/ PFS de santé notifie immédiatement les évènements au DS et l'intègre dans le DHIS2.
Au Centre d'Appel
<ul style="list-style-type: none"> • Après réception du signal, il procède à un "tri" en posant les questions suivantes : Les informations rapportées correspondent-elles à une ou plusieurs définitions de signaux ou des cas communautaires ? Le signal / cas communautaire a-t-il déjà été rapporté (c.-à.-d. le signal est-il un doublon) ? • Une fois le signal capté, l'opérateur téléphonique informe le régulateur médical et il s'en suit le processus de vérification pour déterminer si le signal est vrai (c.à.d. qu'il n'est pas une fausse alerte ou une fausse rumeur : fiable) comme décrit ci-dessous : <p>Si le centre d'Appel est au niveau central,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le téléopérateur saisi le niveau régional (coordonnateur du CERPLE) qui se charge de contacter le District de santé concerné pour une vérification immédiate et retour d'information ; • Selon l'urgence, le téléopérateur peut contacter directement le Chef de District et informer le coordonnateur du CERPLE pour accompagner le Service de Santé du District lors de la vérification et retour d'information

Si le Centre d'Appel est au niveau régional,

- Le téléopérateur saisi immédiatement le District de santé concerné pour une vérification et retour d'information ;
- Les critères de vérification comprennent l'observation directe et le fait de poser des questions. Les informations rapportées correspondent-elles à quelque chose qui s'est réellement produit ou à une rumeur ?
- La confirmation du signal par au moins deux sources différentes, ou le fait qu'il soit rapporté par une autorité médicale ;
- Une fois que le signal est vérifié, il devient un évènement et indiqué sur le registre des signaux.



4. Evaluation des risques

Code : 04/SBC/2023

I. Objectif

Déterminer le niveau de risque d'un évènement de Santé Publique et le niveau approprié d'investigation et de réponse.

II. Public cible

Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la surveillance épidémiologique du niveau périphérique au niveau central.

III. Conditions à remplir

- Être Formé sur l'évaluation des risques des évènements de Santé Publique ;
- Être formé en Surveillance à base communautaire

IV. Résultats attendus

Chaque évènement de Santé Publique est évalué (niveau de risque) dans les 48 heures suivant la détection en communauté.

V. Délais impartis

Dans les 48 heures suivant la détection de l'évènement de santé.

VI. Ressources

Humains

- CDS ;
- ASCP.

<ul style="list-style-type: none"> • Points focaux surveillance épidémiologique (Niveau central, DS, DRSP) ;
Equipements
<ul style="list-style-type: none"> • Outil d'évaluation ; • Kit de bureautique ; • Kit de communication ; • Matériel roulant.
Documents
<ul style="list-style-type: none"> • Guide technique SIMR ; • Outil d'évaluation des risques ; • DHIS2 ; • Guide SBC ; • Modules de formation de la SBC.

VII. Procédure
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évaluation du risque est effectuée après la confirmation d'un événement ; ▪ Quelle que soit la source d'information, l'évaluation doit être effectuée au niveau du DS et, le cas échéant appuyée, par le niveau régional et central. ▪ La mise en œuvre se fait en trois étapes : <ul style="list-style-type: none"> Étape 1 - Formuler des questions sur les risques ▪ Les questions aident à définir la portée de l'évaluation et à prioriser les activités ; ▪ La principale question a posé durant un événement de Santé Publique aiguë est « <i>quel est le risque de Santé Publique présenté par l'événement...</i> Exemples de questions à poser lorsque l'on réalise une évaluation des risques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'évènement comprend-il une suspicion de maladies à déclaration obligatoire sous 24 heures par la SIMR ? ▪ L'évènement est-il inhabituel ou inattendu dans la communauté ? Étape 2 -Entreprendre une évaluation du risque (composantes) ▪ Il s'agit d'évaluer le danger : Peut inclure des risques (Chimiques, Biologiques, Environnementaux, Radionucléaires) et la confirmation par le laboratoire, si possible. Evaluer le danger : décrire en détail (caractérisation clinique, temps, lieu, personne) et liste des causes possibles. Il faut respecter la multisectorialité et la multidisciplinarité dans l'évaluation de risque d'un évènement. ▪ Évaluer le(s) exposition(s) de la population (ou individuelle) au danger potentiel. Pour ce faire, il convient de répondre aux questions suivantes : Combien de personnes peuvent potentiellement être exposées au risque ? Combien d'entre elles sont potentiellement à risque d'être infectées ? ▪ Évaluer le contexte (vulnérabilités et facteurs spécifiques de menace qui augmentent ou diminuent le risque). Informations requises : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de transmission ; ▪ Degré d'infectiosité (virulence): Shigella,Choléra ▪ Période de contagiosité ; ▪ Immunité de la population (vaccination et exposition précédente) ; ▪ Présence du vecteur / de l'hôte / réservoir. ▪ Assignation du niveau de risque (caractérisation du risque) : Synthétiser les informations recueillies, déterminer la gravité potentielle du résultat - Conséquences

(impact), déterminer la probabilité de sa survenue, Calculer (quantitativement) ou estimer (qualitativement) le niveau de risque et déterminer le niveau de Confiance dans l'évaluation du risque.

- Une fois que les informations suffisantes sont recueillies, le DS doit déterminer le résultat de l'évaluation des risques (étape 3)



IMPACT x PROBABILITÉ	NON SIGNIFICATIF	MINEUR	MODÉRÉ	MAJEUR	FORT
HAUTEMENT IMPROBABLE	Vert	Vert	Vert clair	Jaune	Jaune vif
IMPROBABLE	Vert	Vert clair	Vert clair	Jaune	Orange
POSSIBLE	Vert	Vert clair	Jaune	Orange	Orange
PROBABLE	Vert	Vert clair	Jaune	Orange	Rouge
TRÈS PROBABLE	Vert clair	Jaune	Orange	Rouge	Rouge

Étape 3-Préparer le rapport de l'évaluation du risque et en communiquer les conclusions

Il y a trois résultats possibles suite à une évaluation des risques :

- **Aucune nouvelle enquête ni action nécessaire** lorsque l'évènement ne constitue pas un risque pour la santé publique ;
- **L'évènement doit être surveillé.** Cela est dû à l'une des raisons suivantes : Des conséquences graves existent potentiellement ; aucun cas n'est survenu chez des humains selon les informations récemment recueillies ; la mortalité/morbidity est aussi élevée que prévue pour la maladie, la gravité des cas est faible.) ;
- **Une enquête et une riposte doivent être enclenchées.** Cela est dû à l'une des raisons suivantes : La mortalité/morbidity est plus élevée que prévue, les maladies sont inattendues/nouvelles pour la communauté ; il y a des conséquences possibles sur le commerce et/ou les voyages ; la gravité des cas est élevée ou plus élevée que prévue pour la maladie ; l'évènement de Santé Publique entraîne une panique importante au sein de la communauté ; Le nombre de cas est en augmentation, un décès maternel possible.

Le rapport est ensuite élaboré en tenant compte des éléments suivants : Sommaire narratif de l'équipe d'évaluation du risque, niveau de risque, preuve des motifs de la décision, problèmes de perception, autres actions/interventions recommandées et limitations (informations/lacunes dans les connaissances, autres).



5. Investigation

Code : 05/SBC/2023

I. Objectif

Identifier les cas, les facteurs de risque et potentielles sources de contamination

II. Public cible

Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la Surveillance à base communautaire, notamment les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP), les informateurs clés, les responsables des Aires de Santé, les Equipes cadre de Districts et toutes autres personnes impliquées dans la SBC.

III. Conditions à remplir

- Les ASCP doivent avoir été sélectionnés et formés selon le guide national des interventions sous directives communautaires.
- Les équipes cadres des District (ECD), les Chefs des Aires de santé, ASCP doivent être formés à la SBC en général.
- Les ASCP/informateurs clés doivent être formés/briefés sur l'événement de santé publique en cours.

IV. Résultats attendus

Tous les événements (urgence de Santé Publique) bénéficient d'une investigation dans les 48 à 72 heures.

V. Délais impartis

48 à 72 heures après la confirmation de l'événement

VI. Ressources

Humains

- Acteurs de la surveillance à tous les niveaux
- Décideurs et autres sectoriels

Equipements

- Kit d'investigation ;
- Kit de communication ;
- Kit bureautique ;
- Matériel roulant ;
- Ressources financières ;
- Kit de prise en charge.

Documents

- Guide de la SBC ;
- Cartes ;
- Répertoire téléphonique.
- Procédures de sécurité ;
- Check-list d'investigation ;

VII. Procédure
Chef de Service de Santé du District
<ul style="list-style-type: none"> • Il tient en présence des Chefs des Aires de Santé, des réunions de plaidoyer avec les informateurs clés (leaders communautaires, etc.) et le président du COSADI pour faciliter l'investigation et la mise en œuvre des activités de riposte ; • Il organise avec les ASCP la recherche active des cas et le suivi des contacts en communauté ; • Il disponibilise les outils de collecte des données aux ASCP ; • Il facilite le déploiement des Equipes d'Intervention et d'Investigation Rapides (EIIR) dans la communauté ; • Il organise une réunion avec les leaders communautaires pour la restitution des résultats/feedback de l'investigation et la réponse menées.
Chef de l'Aire de Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Il assiste le Chef de District à l'organisation des réunions de plaidoyer avec les informateurs clés et le président du COSADI pour faciliter l'investigation et la mise en œuvre des activités de riposte ; • Il identifie et supervise les ASCP dans la recherche active des cas et le suivi des contacts en communauté ; • Il assiste le Chef de Service de Santé du District à l'organisation des réunions avec les leaders communautaires pour la restitution des résultats/feedback de l'investigation et la réponse menées.
ASCP
<ul style="list-style-type: none"> • Ils participent aux réunions de plaidoyer ; • Ils participent à la recherche active des cas en communauté ; • Ils s'approprient les définitions communautaires des cas et les signaux ; • Ils Identifient les informateurs clés ; • Ils vulgarisent ces définitions de cas auprès des informateurs clés (briefing) ; • Ils effectuent des visites des ménages, des points de rassemblements et autres points sensibles en fonction de l'évènement en cours, pour identifier les cas suspects ou les signaux ; • Ils sensibilisent les cas suspects et leur entourage à la descente des Chefs de l'Aire ou des EIIR, et réfèrent en cas de nécessité ; • Ils accompagnent les équipes d'investigation lors des descentes sur le terrain ; • Ils renseignent quotidiennement les outils de collecte des données mis à leur disposition ; • Ils transmettent quotidiennement les rapports aux Chefs de l'Aire de Santé et/ou chefs d'équipe EIIR.
Informateurs clés
<ul style="list-style-type: none"> • Ils participent aux réunions de plaidoyer ; • Ils aident les ASCP à la recherche active des cas et suivi des contacts ; • Ils facilitent l'intégration des équipes d'investigation dans la communauté ; • Ils identifient des cas communautaires et des signaux en communauté et relaient l'information aux ASCP ou aux formations sanitaires les plus proches et éventuellement réfèrent les cas.



6. Prise en charge communautaire

Code : 06/SBC/2023

VIII. Objectif

Décrire les étapes de la prise en charge communautaire des cas par les ASCP.

IX. Public cible

Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la Surveillance à base communautaire, notamment les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP), les informateurs clés, les responsables des Aires de Santé, les Equipes Cadres de Districts et toutes autres personnes impliquées dans la SBC.

X. Conditions à remplir

- Les ASCP doivent avoir été sélectionnés et formés selon le guide national des interventions sous directives communautaires ;
- Les Equipes Cadres des District (ECD), les Chefs des Aires et les ASCP doivent être formés à la SBC en général ;
- Les ASCP/informateurs clés doivent être formés/briefés sur l'événement de Santé Publique en cours.

XI. Résultats attendus

Prendre correctement et précocement en charge les cas identifiés en communauté en attendant la référence à la formation sanitaire.

XII. Délais impartis

Immédiatement après identification/détection du cas.

XIII. Ressources

Humains

- ASCP
- Informateurs clés


Intrants et équipements

- Kit de prise en charge
- Kit de protection et d'hygiène
- Matériel roulant (moto-ambulance)

Documents

- Guide de la SBC
- Procédures de sécurité
- Cartes
- Algorithmes de prise en charge
- Répertoire téléphonique
- Outils de collecte des données

XIV. Procédure
Chef de District
<ul style="list-style-type: none"> • Il assure la formation/briefing des ASCP à la prise en charge communautaire des cas ; • Il fournit les équipements et intrants aux ASCP ; • Il met à la disposition des ASCP les outils de collecte de données et de suivi des cas ; • Il assure la coordination de la PEC des cas communautaires dans son District de santé.
Chef de l'Aire de Santé
<ul style="list-style-type: none"> • Il assure la supervision de proximité des activités de prise en charge communautaire des cas par les ASCP ; • Il assure la prise en charge des cas référés en FOSA par les ASCP ; • Il compile les données de prise en charge produites par les ASCP ; • Il communique les données aux District de Santé.
ASCP
<ul style="list-style-type: none"> • Ils initient la prise en charge communautaire des cas éligibles à la prise en charge communautaire ; <p>Ils sensibilisent et réfèrent les cas à la FOSA ; Ils participent au suivi des contacts ; Ils renseignent les outils de collecte des données ; Ils transmettent les données aux Chefs de l'Aire de Santé.</p>
Informateurs clés
<ul style="list-style-type: none"> • Ils communiquent les informations utiles permettant d'identifier les cas communautaires aux ASCP ou FOSA les plus proches.

	7. Prévention et Contrôle de l'infection communautaire
Code : 07/SBC/2023	

XV. Objectif
Décrire les étapes de la PCI communautaire.

XVI. Public cible
Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la Surveillance à base communautaire, notamment les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP), les informateurs clés, les responsables des Aires de Santé, les Equipes Cadres des Districts et toutes autres personnes impliquées dans la SBC.

VII. Conditions à remplir
<ul style="list-style-type: none"> • Les ASCP doivent avoir été sélectionnés et formés selon le guide national des interventions sous directives communautaires ;

- Les équipes Cadres des District (ECD), les Chefs des Aires de Santé, ASCP doivent être formés à la SBC en général ;
- Les ASCP/informateurs clés doivent être formés/briefés sur l'événement de Santé Publique en cours.

VIII. Résultats attendus

Les ASCP mettent en œuvre les activités de PCI communautaire.

XIX. Délais impartis

Immédiatement après identification/détection du cas.

XX. Ressources

Humains

- ASCP
- Informateurs clés

Intrants et équipements

- Kit de PCI
- Kit de protection et d'hygiène
- Matériel roulant(moto-ambulance)

Documents

- Guide de la SBC
- Procédures de sécurité
- Cartes
- Procédures PCI communautaire
- Répertoire téléphonique
- Outils de collecte des données

XXI. Procédure

Chef de Service de District de Santé

- Il assure la formation/briefing des ASCP à la PCI communautaire ;
- Il fournit les équipements et intrants aux ASCP ;
- Il assure la coordination de PCI communautaire dans son District de Santé.

Chef de l'Aire de Santé

- Il assure la supervision de proximité des activités de PCI communautaire par les ASCP ;
- Il communique les données aux District de Santé.

ASCP

- Ils mettent en œuvre les activités de PCI (WASH, potabilisation de l'eau, etc.) dans la communauté ;
- Ils transmettent les données de PCI aux Chefs de l'Aire de Santé.
- Ils participent à l'enterrement digne et sécurisé.



8. Communication sur les risques et engagement communautaires

Code : 08/SBC/2023

XII. Objectif

Décrire les activités de communication sur les risques et engagement communautaire.

XIII. Public cible

Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la Surveillance à base communautaire, notamment les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP), les informateurs clés, les responsables des Aires de Santé, les Equipes Cadres de Districts et toutes autres personnes impliquées dans la SBC.

XIV. Conditions à remplir

- Les ASCP doivent avoir été sélectionnés et formés selon le Guide national des interventions sous directives communautaires ;
- Les Equipes Cadres des District (ECD), les Chefs des Aires et les ASCP doivent être formés à la SBC en général ;
- Les ASCP/informateurs clés doivent être formés/briefés sur l'événement de santé publique en cours.

XV. Résultats attendus

Engagement et Adhésion de la Communauté.

XVI. Délais impartis

Immédiatement après identification/détection du cas.

VII. Ressources

Humains

- ASCP
- Informateurs clés (leaders communautaires, etc.)

Matériel

- | | | |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| • Connexion internet | • Crédit de communication | • Boites à image |
| • Téléphones portables | • Tam-tam | • Roll-up |
| • Affiches | • Sifflets | • Véhicules sonorisés |
| • Posters | • Mégaphones | • Vidéoprojecteurs |
| • Dépliants | • Chasubles/Gilet/ T-Shirt | • Outils de collecte |
| | • Flipchart | • Banderoles |
| | | • Matériels roulants |

Documents

•SOPs	•Foire aux questions	•Outils de collecte des données
•Manuels techniques	•Contenus web	•Répertoire téléphonique
•Procédures de sécurité	•Messages essentiels	•Check-list des médias
•Rapports de réunion		

VIII. Procédure

Chef de Service de District de Santé

- Il coordonne les activités menées par les AS ;
- Il met à la disposition des Aires de Santé les éléments de communication (thèmes à développer, outils de communication, etc.) ;
- Il transmet régulièrement les rapports d'activités à la DRSP en utilisant tous les moyens à sa disposition ;
- Il élabore le plan de communication de son District en s'inspirant du plan national ;
- Il fait une rétro information périodique sur les activités de communication aux AS en utilisant tous les moyens à sa disposition ;
- Il élabore un plan de suivi des activités de CREC, ainsi que le chronogramme d'activités ;
- L'Equipe Cadre du District renforce les capacités des Chefs d'Aires de Santé et des ASCP.

Chef de l'Aire de Santé

- Il coordonne les activités menées par les ASCP/leaders communautaires, en établissant la liste des ASCP et association locales (ASLO), leaders communautaires et la liste des activités à mener ;
- Il tient des réunions de briefing avec les ASCP et les leaders communautaires ;
- Il reçoit et remet les supports de communication aux ASCP, aux formations sanitaires et envoie un rapport régulier au District de santé ;
- Il élabore un plan de suivi des activités, ainsi que le chronogramme d'activités.

ASCP

- Les ASCP affichent et disséminent les supports de communication
- Ils effectuent la communication de proximité (VAD, dialogues communautaires, causeries éducatives etc.)
- Les ASCP remplissent la fiche de collecte des données, et transmettent les rapports aux Aires de Santé.
- Les ASLO et les leaders communautaires élaborent leurs plans de mobilisation sociales et les partagent aux ASCP ;
- Les ASLO et leaders communautaires participent au briefing et prennent un engagement ;

- Les ASLO et leaders communautaires mobilisent la communauté dans les lieux de rassemblement (marchés, églises, mosquées, associations ;
 - Remplissage des fiches de collecte des données et transmettent aux ASCP ;
 - Les radios communautaires sont briefées, reçoivent les spots et les microprogrammes de communication ;
 - Les radios élaborent le plan de diffusion des spots, organisent des émissions interactives ;
 - Elles diffusent les spots, les microprogrammes, rédigent les rapports de diffusion et les transmettent aux Points Focaux communication du District ;
 -
- Les blogueurs :**
- Assistent au briefing, reçoivent les contenus web et capsules vidéo. ;
 - Développent des contenus en respectant les orientations données par le niveau Central ;
 - Diffusent les contenus web et les capsules ;
 - Remplissent les fiches de collecte des données et partagent des rapports.



9. Analyse des données

Code : 09/SBC/2023

VIII. Objectif

Examiner les données issues de la communauté afin de produire des informations utiles pour la prise de décisions

IX. Public cible

Ce document s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la gestion des données de surveillance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

X. Prérequis pour la mise en œuvre

- Personnel formé au Nettoyage, à la transformation et la modélisation des données ;
- Connaissance de base à l'utilisation du pack logiciel MS Office ;
- Connaissance de base en épidémiologie ;
- Connaissance de base à l'utilisation du DHIS2 (saisie et analyse des données).

XI. Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> • Les informations utiles à la prise de décisions sont disponibles • Rapport de situation produit 	
XII. Délais impartis	
En continue	
XIII. Ressources	
Humaines	
<ul style="list-style-type: none"> • Points focaux surveillance épidémiologique à tous les niveaux • Unité veille 	<ul style="list-style-type: none"> • Data (Districts, régions, nationaux) • CERPLE
Équipements	
<ul style="list-style-type: none"> • Kit de bureautique • Logiciels (Excell, QGIS, R, KoboCollect, DHIS2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kit de communication (Tablette, téléphone, modem internet, ...)
Documents	
<ul style="list-style-type: none"> • Guide SIMR • Guide SBC • Carnet de bord • Plan d'analyse 	
XIV. Procédure	
A. Dans les Aires de Santé	
<p>Le PFS de l'AS /Data :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie que les données à transmettre sont de bonne qualité (complétude, validité, unicité, opportunité, précision, cohérence) : sont-elles suffisantes pour tirer des conclusions? Répondent-elles aux normes, à la logique et aux critères définis ? y a-t-il des doublons ? les données sont-elles disponibles aux moments opportuns ? sont-elles fiables? manquent-il des champs, y a-t-il des valeurs aberrantes ? sont-elles collectées de la même manière ? • Enregistre les signaux dans les carnets de bord ; • Actualise le tableau de synthèse des signaux : Signaux reçus, signaux vérifiés, signaux validés (événements) ; • Se rassure au quotidien d'avoir la source de toutes les données transmis. Ex : nombre de signaux détectés = nombre de signaux vérifiés = nombre de signaux triés ; • Intègre les signaux dans le DHIS2 ; • Il pose les questions d'analyse : Quel est le nombre de signaux transformés en événements ? Quels types de signaux ont été transformés en événements ? • En utilisant le guide SIMR, il procède aux analyses en temps (histogramme du nombre de signaux reçus par semaine épidémiologique) , lieux (représentation des signaux en fonction des villages/ quartiers / zones dans un tableau), personnes(pyramide d'âges, diagramme pour le genre, camembert pour la comparaison des types de signaux, ...) • Transmet la synthèse des alertes, le rapport journalier au PFS du DS 	

B. Dans le District de Santé

Le PFS du DS/Data :

- Vérifie la qualité (complétude, validité, unicité, opportunité, précision, cohérence) des données issues des FOSA : sont-elles suffisantes pour tirer des conclusions? Répondent-elles aux normes, à la logique et aux critères définis ? y a-t-il des doublons ? les données sont-elles disponibles aux moments opportuns ? sont-elles fiables? manque-t-il des champs, y a-t-il des valeurs aberrantes ? sont-elles collectées de la même manière ?
- Fait une évaluation des risques de chaque signal transformé en événement
- Actualise le tableau de synthèse des signaux : signaux validés (événements), événements évalués,
- Il pose les questions d'analyse : Quel est le nombre d'événements évalués? Quels types d'événements sont plus à risque et nécessitent une réponse rapide?
- En utilisant le guide SIMR, il procède aux analyses en temps (histogramme du nombre d'événements évalués par semaine épidémiologique), lieux (représentation des événements en fonction des aires dans un tableau), personnes(pyramide d'âges, diagramme pour le genre, camembert pour la comparaison des types d'événements, Carte du DS pour représenter les Aires de Santé les plus à risque, ...) ;
- Transmet la synthèse des événements et le rapport journalier au PFS de la DRSP ;
- Le cas échéant transmettra également la base de données suivi des contacts, au PFS de la DRSP.

C. A la DRSP

Le CERPLE/Data :

- Vérifie la qualité (complétude, validité, unicité, opportunité, précision, cohérence) des données issues des FOSA : sont-elles suffisantes pour tirer des conclusions? Répondent-elles aux normes, à la logique et aux critères définis ? y a-t-il des doublons ? les données sont-elles disponibles aux moments opportuns ? sont-elles fiables? manque-t-il des champs, y a-t-il des valeurs aberrantes ? sont-elles collectées de la même manière ?
- Vérifie la qualité de l'évaluation des risques mené par le DS ;
- Il pose les questions d'analyse : Quel est le nombre d'événements évalués? Quels types d'événements sont plus à risque et nécessitent une réponse rapide?
- Actualise la liste linéaire régionale des événements des différents Districts de Santé ;
- En utilisant le guide SIMR, il procède aux analyses en temps (histogramme du nombre d'événements évalués par semaine épidémiologique) , lieux (représentation des événements les plus à risques en fonction des DS sur une carte), personnes (pyramide d'âges, diagramme pour le genre, camembert pour la comparaison des types d'événements)
- Élabore les SITREPS et les diffusent lorsque validés

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO, *International Health Regulations (2005)*. Third ed. 2016: World Health Organisation.
2. *A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018*. Euro Surveill, 2019. **24**(2).
3. Dagina, R., et al., *Event-based surveillance in Papua New Guinea: strengthening an International Health Regulations (2005) core capacity*. Western Pac Surveill Response J, 2013. **4**(3): p. 19-25.
4. Santa-Olalla, P., et al., *Implementation of an alert and response system in Haiti during the early stage of the response to the cholera epidemic*. Am J Trop Med Hyg, 2013. **89**(4): p. 688-697.
5. Maazou, A.A., et al., *Community-based surveillance contribution to the response of COVID-19 in Niger*. Pan Afr Med J, 2021. **40**: p. 88.
6. McGowan, C.R., et al., *Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success*. BMJ Global Health, 2022. **7**(8): p. e009934.
7. Marius, Z.V., et al., *Contribution of community health workers to surveillance of vaccine-preventable diseases in the Obala health district*. PAMJ, 2017. **28**(207).
8. World Health Organization. Regional Office for, E., *Rapid Response Mobile Laboratories (RRMLs): what's in a mobile laboratory?* 2023, World Health Organization. Regional Office for Europe: Copenhagen.