



GUIDE OPÉRATIONNEL :

SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LES PAYS D'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS

REMERCIEMENTS

Principaux auteurs :

- Stephanie Gee (consultante indépendante)
- Sandra Harlass (HCR Genève, Suisse)

Réviseurs et autres contributeurs :

IRC

- Aston Benjamin Atwiine
- Elaine Scudder
- Hanan Jabiri
- John Kiogora
- Laura Miller
- Lilian Kiapi

Équipes médicales internationales

- Bryna Betis
- Erica Brim
- Joy Wright
- Sukanya Borthakur
- Trina Helderman

Save the Children

- Janet Mayers
- Nureyan Zunong
- Rachael Cummings

HCR

- Allen Gidraf Kahindo Maina
- Ann Burton
- Asis K. Das
- Emmet Kearney
- Erin E. Anastasi
- Francesca Coloni
- Julius Kasozi
- Kazi Nazmus Sakib
- Maria Cecilia Lopez
- Marian Schilperoord
- Meghan Obermeyer
- Peter Ventevogel
- Terry Njeri Theuri
- Vincent Kahi

UNICEF

- Naureen Naqvi



© HCR, 2022. Tous droits réservés

Citation suggérée : Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (2022). Guide opérationnel : Santé communautaire dans les camps de réfugiés. Genève, Suisse,

Photo de couverture : © HCR/ David Azia

Conception graphique : Design@Bay

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations	4
Glossaire	4
1. Introduction	6
1.1 Objectif	6
1.2 Champ d'application	6
1.3 Justification	6
1.4 Structure du document	7
2. Considérations relatives à la conception des programmes de santé communautaire	8
2.1 Principes directeurs et approches	8
2.2 Conception du programme	8
2.3 Analyse de la situation	9
2.4 Intégration dans les systèmes de santé nationaux	9
2.5 Liens avec les établissements de soins de santé primaires	10
2.6 Engagement et propriété de la communauté	11
2.7 Approches communautaires en matière de santé	14
2.8 Collaboration et intégration intersectorielles	15
3. Personnel de santé communautaire (PSC)	18
3.1 Définitions des rôles et considérations	18
3.2 Recrutement	19
3.3 Rémunération et incitations	20
3.4 Formation et accréditation	20
3.5 Supervision formative	22
4. Système de référence	24
5. Financement, équipement et approvisionnement	25
6. Suivi du programme	27
7. Prestation de services	29
7.1 Lutte contre les maladies transmissibles	29
7.1.1 Paludisme	29
7.1.2 VIH	30
7.1.3 Tuberculose (TB)	31
7.1.4 Autres maladies transmissibles	32
7.2 Santé sexuelle et reproductive (SSR)	33
7.3 Santé et nutrition de l'enfant	37
7.4 Maladies non transmissibles (MNT)	38
7.5 Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)	40
7.6 Surveillance communautaire (SC)	41
7.7 Premiers secours au niveau communautaire	43
8. Annexes	44
8.1 Annexe 1 : Intégration intersectorielle des rôles de sensibilisation de la communauté	45
8.2 Annexe 2 : Exemple de terme de référence pour les agents de santé communautaire	48
8.3 Annexe 3 : Modèle de POS pour les agents de santé communautaire (ASC) et modèles de formulaires	50
8.4 Annexe 4 : Ressources complémentaires	51
8.5 Références	53

Abréviations

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CREC	Communication sur les risques et engagement communautaire
DMU	Dispositif minimum d'urgence
EAH	Eau, assainissement et hygiène
EPI	Équipements de protection individuelle
EWARS	Système d'alerte précoce et de réponse
GICC	Gestion intégrée des cas communautaires
HCR	Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
IEC	Information, éducation et communication
iRHIS	Système intégré d'information sur la santé des réfugiés
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGBTIQ+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes, queers et autres identités diverses
MAG	Malnutrition aiguë globale
MdS	Ministère de la Santé
MNT	Maladies non transmissibles
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PB	Périmétrie brachiale
PEAS	Prévention de l'exploitation et des abus sexuels
PSC	Personnel de santé communautaire
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SC	Surveillance communautaire
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SRO	Solution de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des adolescents
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Les soins de santé communautaires sont définis dans ce guide opérationnel comme la prestation de services de base au niveau communautaire, de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réhabilitation.

Le personnel de santé communautaire (PSC) comprend tous ceux qui, au sein de la communauté, contribuent à améliorer les résultats en matière de santé en promouvant la santé, en créant un environnement sain et en fournissant des soins de santé primaires. Dans le cadre de ce document, il ne s'agit pas d'agents de santé ayant reçu une formation officielle (infirmières, médecins, sages-femmes, etc.) avec lesquels le personnel de santé communautaire établira des liens étroits.

Les agents de santé communautaire (ASC) sont définis dans le contexte de ce document comme des « travailleurs de la santé basés dans les communautés, rémunérés ou bénévoles, qui ne sont pas des professionnels et qui ont moins de deux ans de formation, ou au moins une formation, ne serait-ce que de quelques heures ».¹

Protection, promotion et prévention de la santé :

La protection de la santé consiste à réduire les menaces qui pèsent sur la santé de la population, y compris les agents pathogènes (par exemple, garantir la sécurité de l'approvisionnement en eau et en nourriture, lutter contre les maladies infectieuses, mener des activités de surveillance).

La promotion de la santé est le processus qui permet aux gens de mieux contrôler et d'améliorer leur santé. Elle va au-delà de la prévention des maladies pour renforcer les compétences et la résilience et peut inclure un large éventail de facteurs sociaux et environnementaux qui influencent la santé (par exemple, l'éducation à la santé, les groupes de soutien par les pairs, les jardins potagers communautaires).

La prévention comprend les actions qui empêchent l'apparition d'une maladie, ralentissent sa progression ou réduisent l'impact sur la santé d'une maladie établie. Il s'agit notamment de :

- Prévention primaire – actions qui empêchent l'apparition d'une maladie (par exemple, vaccination, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, pratiques d'hygiène).
- Prévention secondaire – actions permettant d'identifier la présence d'une maladie à ses premiers stades et mesures visant à réduire la progression de la maladie (par exemple, dépistage de l'hypertension artérielle, dépistage nutritionnel et références, détection et traitement précoces des maladies infantiles au moyen d'une approche intégrée de la gestion des cas au niveau communautaire).
- Prévention tertiaire – réduction de l'incidence d'une maladie ou d'une affection établie, qui peut inclure des interventions de soutien et de réhabilitation (par exemple, fourniture de SRO, soutien à l'observance du traitement pour les personnes vivant avec le VIH, facilitation des soins pour les patients atteints de maladies chroniques et les personnes âgées).

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) est l'utilisation stratégique d'approches de communication pour promouvoir des changements dans les connaissances, les attitudes, les normes, les croyances et les comportements. Elle reconnaît qu'il ne suffit pas de fournir des informations pour modifier les comportements en matière de santé, mais qu'il est nécessaire d'agir sur les déterminants du changement de comportement à différents niveaux, notamment au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société.

mHealth, ou santé mobile, désigne l'utilisation des technologies mobiles sans fil (téléphones mobiles, tablettes, applications, etc.) pour les services de santé et l'information.

1. Introduction

1.1 Objectif

Ce guide opérationnel fournit une orientation pratique au personnel du HCR et à ses partenaires sur le terrain dans le cadre de la prestation de services de santé communautaire aux réfugiés. Ce document consolide les orientations sur les interventions efficaces en matière de santé communautaire, fournit des informations générales et des définitions et couvre les composantes essentielles de la programmation de la santé communautaire dans les contextes de réfugiés.

1.2 Champ d'application

Ces lignes directrices s'appliquent à toutes les opérations du HCR dans les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris les camps et installations des réfugiés, les populations rurales et urbaines, et dans toutes les phases de déplacement. Ces lignes directrices s'adressent principalement au personnel de santé publique du HCR et au personnel technique et de gestion des partenaires de santé. Elles s'inspirent des stratégies et politiques clés du HCR, notamment le [Pacte mondial sur les réfugiés](#), et la [Stratégie globale du HCR pour la santé publique 2021-2025](#), ainsi que des agendas et approches mondiaux en matière de santé, notamment l'[Agenda 2030 pour le développement durable](#) et les principes des soins de santé primaires (SSP) et de la couverture universelle en matière de santé.

Pour être efficace, le personnel de santé communautaire (PSC) doit être bien intégré au système de santé formel et aux systèmes communautaires existants. Il s'agit notamment des réseaux sociaux, des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations professionnelles et des organisations de la société civile qui promeuvent la santé par le biais de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et de la prestation de services de santé au niveau de la communauté. En outre, le personnel et les travailleurs ou bénévoles formés dans divers secteurs tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH), la nutrition, la protection, la sécurité alimentaire, le logement et l'éducation sont essentiels pour favoriser un mode de vie sain.

Tout en reconnaissant l'importance de ces groupes, ce document se concentre sur les approches de santé communautaire pour les cadres du personnel de santé communautaire suivants :

- Agents de santé communautaire (ASC) formés (ou équivalent).²
- Bénévoles ou travailleurs formés (par exemple, pairs éducateurs, animateurs de groupes de soutien, autres bénévoles dans le domaine de la santé).
- Les prestataires de soins informels, tels que les accoucheuses traditionnelles et les guérisseurs traditionnels, qui ont été mobilisés pour soutenir les services de santé primaires.

Le terme « PSC » sera utilisé dans l'ensemble du document. Lorsque des actions ou des activités se réfèrent principalement à un cadre spécifique du PSC (par exemple, les ASC, les pairs éducateurs), ces derniers sont indiqués. Ce guide opérationnel a pour but d'éclairer l'élaboration de programmes de santé communautaire efficaces et n'est pas destiné à fournir des conseils cliniques aux prestataires de soins de santé. Les interventions recommandées ne sont pas exhaustives et il convient de donner la priorité à la politique et aux lignes directrices nationales en matière de santé, ainsi qu'aux considérations contextuelles, lors de la détermination des interventions et des approches.

1.3 Justification

La grave pénurie de travailleurs de la santé qualifiés et les inégalités persistantes en matière d'accès à la santé et de résultats constituent des obstacles majeurs à la progression de la couverture sanitaire universelle et à la réalisation de l'objectif de développement durable (ODD) n° 3 – garantir une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges de la vie. Les approches de santé communautaire ont démontré qu'elles amélioraient l'équité, réduisaient les obstacles aux soins et fournissaient des services essentiels de promotion, de prévention et de soins de manière efficace en termes de coûts.³

Les analyses d'impact des investissements dans la santé communautaire dans 15 pays prioritaires ont montré que des programmes de santé communautaire bien soutenus peuvent sauver plus d'un demi-million de vies au cours de la prochaine décennie dans ces pays.⁴

L'objectif du HCR est de permettre aux réfugiés et aux autres personnes qu'il sert d'accéder aux services de santé préventifs, promotionnels, curatifs, palliatifs et de réadaptation dont ils ont besoin, à un coût abordable et d'une qualité suffisante pour leur permettre de mener une vie saine et productive. Le HCR encourage la mise en œuvre de programmes de santé publique pour les réfugiés, les demandeurs d'asile, les apatrides, les rapatriés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, sur la base des principes des soins de santé primaires : centrés sur la personne plutôt que sur la maladie, utilisant une approche globale de la société et fournissant des soins au sein de la communauté ainsi que des soins par l'intermédiaire de la communauté.

L'objectif étant de « ne laisser personne de côté », les approches de santé communautaire excellent dans l'établissement de liens avec les groupes difficiles à atteindre et vulnérables, tels que les adolescents, les femmes enceintes, les enfants, les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les personnes handicapées. De même, dans les contextes humanitaires, l'approche de la santé communautaire s'est révélée capable de fournir un accès à la santé et des informations vitales dans les situations d'urgence, lorsque les infrastructures de base et les services sanitaires et sociaux peuvent être compromis.⁵ Dans les contextes de réfugiés, le PSC, en tant que réfugié lui-même, sert de lien culturel et linguistique crucial entre la communauté et les prestataires de services de santé et autres.

1.4 Structure du document

Ce document s'articule autour des principales composantes du système de santé qui sont essentielles à la programmation de la santé communautaire :

- Considérations relatives à la conception du programme (intégration et liens avec les systèmes de santé primaires, appropriation par la communauté, considérations relatives aux contextes humanitaires et collaboration ou intégration intersectorielle)
- Considérations relatives aux ressources humaines
- Systèmes de référence
- Financement, équipement et fournitures
- Suivi
- Interventions et approches en matière de prestation de services tout au long de la vie, avec des recommandations de priorités pour les situations d'urgence et de post-urgence/situations prolongées

2. Considérations relatives à la conception des programmes de santé communautaire

2.1 Principes directeurs et approches

Les programmes de santé communautaire devraient être conçus selon une approche fondée sur les droits et dirigés par les communautés. Des programmes bien conçus et bien mis en œuvre auront une incidence directe sur la santé, la nutrition et le bien-être général des familles et peuvent contribuer à améliorer les résultats en matière d'éducation et de moyens de subsistance, renforçant ainsi les résultats globaux en matière de protection. Les programmes de santé communautaire doivent être conçus en tenant compte des principes de protection suivants :

- «Le principe consistant à « ne pas nuire » qui évite activement d'exposer les réfugiés aux effets négatifs potentiels de ses actions.
- [L'approche communautaire du HCR](#) est au cœur des interventions de santé communautaire et met l'accent sur la mobilisation des individus, des familles et des communautés et sur l'exploitation de leurs connaissances, compétences et capacités existantes.
- L'approche fondée sur les droits promeut le respect des droits tant au niveau individuel que communautaire, ainsi que les changements nécessaires à la réalisation de ces droits.
- [La politique du HCR en matière d'âge, de genre et de diversité](#) garantit que tous les segments de la population ont un accès équitable et non discriminatoire à l'assistance et à la protection.
- [La politique de protection des données du HCR](#) vise à protéger les droits des personnes dont il détient des informations et à garantir que le traitement des données personnelles est conforme aux principes clés de la protection des données.
- [L'intégration des questions touchant à la protection](#) intègre les principes de protection tout au long du cycle du programme et promeut un accès significatif à la sécurité et à la dignité pour toutes les populations.
- [La responsabilité à l'égard des populations concernées](#) est un engagement à inclure systématiquement les besoins, les préoccupations, les capacités et les points de vue exprimés par les personnes concernées dans toute leur diversité, et à répondre des décisions de l'organisation et des actions du personnel.

2.2 Conception du programme

Les programmes de santé communautaire devraient être fondés sur une approche stratégique dans le cadre d'une stratégie mondiale de santé publique et devraient comprendre des éléments de protection et de promotion de la santé, de prévention, de soins et de réadaptation tout au long de la vie. Les programmes seront conçus en fonction du contexte et nécessiteront un environnement favorable solide, ce qui implique d'être :

- Adaptés au contexte local, notamment à la phase d'urgence, à l'épidémiologie et aux priorités de la communauté.
- Bien intégrés dans le système des soins de santé primaires, avec des rôles des ASC liés aux établissements de santé d'une manière systématique et collaborative.
- Profondément ancrés dans la communauté qu'ils servent et de manière à bénéficier de son soutien.
- Fortement axés sur les activités de protection, de promotion et de prévention de la santé et fondés sur une stratégie CCSC.
- Axés sur la réduction des inégalités et sur la réactivité et l'accessibilité des groupes à risque.
- Multisectoriels, prenant en considération les déterminants sociaux de la santé et adoptant une approche coordonnée entre les secteurs pour les activités de sensibilisation de la communauté.
- Soutenus par une gestion et une direction solides pour garantir des services de qualité.
- Suffisamment financés et considérés comme prioritaires en tant que partie intégrante d'une réponse cohérente en matière de santé publique.
- Disposant d'un plan de suivi cohérent.

La conception et les composantes spécifiques du programme seront fondées sur une analyse de la situation.

2.3 Analyse de la situation

Au moment de mettre en place un nouveau programme ou de décider si les programmes existants doivent être renforcés ou modifiés, il est utile de procéder à une analyse de la situation en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires, les prestataires de soins de santé primaires et les membres de la communauté, en mettant l'accent sur l'identification des obstacles liés à l'offre et à la demande qui empêchent d'accéder efficacement aux soins de santé. Les informations importantes pour la conception ou le renforcement d'un programme de santé communautaire sont notamment les suivantes :

- Politiques, protocoles et lignes directrices nationaux relatifs aux ASC et aux autres cadres du PSC, y compris le champ d'application et les liens avec d'autres niveaux de soins de santé.
- Type de contexte humanitaire, phase de déplacement, mouvements de population ; risques et dangers locaux ; considérations sociodémographiques et environnementales.
- Contexte épidémiologique local, y compris les principales causes de morbidité et de mortalité, la couverture vaccinale, la prévalence de la malnutrition, les conditions de vie, les conditions d'approvisionnement en eau et d'assainissement ; surveillance épidémiologique et autres systèmes d'information sur la santé communautaire en place.
- Disponibilité et accès aux établissements de soins de santé primaires (distances, transports, obstacles à la sécurité, capacité fonctionnelle actuelle, coût).
- Lacunes dans le continuum des soins pour les pathologies prioritaires, y compris les inégalités de couverture au sein de la population ; besoins des groupes mal desservis.
- Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé, comportements de recherche de soins au sein de la communauté, y compris les obstacles et les facilitateurs liés à la confiance dans le système de santé, au genre, à la culture et à la langue.
- Perceptions, besoins et priorités de la communauté.
- Ressources financières, humaines et matérielles disponibles, y compris les capacités de la communauté.
- Autres types de travailleurs de proximité actifs dans la même communauté et leur rôle (par exemple, dans d'autres secteurs/sous-secteurs tels que la nutrition et l'EAH).
- Le contexte sécuritaire, y compris les risques de sécurité susceptibles d'avoir un impact sur les déplacements et la prestation de services, tant pour les membres de la communauté que pour le PSC.

Sur la base des résultats de l'analyse de la situation, l'identification des domaines d'intervention prioritaires et des solutions efficaces en termes de coûts ainsi que l'élaboration d'un plan opérationnel chiffré sont les prochaines étapes clés.

2.4 Intégration dans les systèmes de santé nationaux

Le [Pacte mondial sur les réfugiés](#) encourage l'intégration des services de santé pour les réfugiés dans les systèmes nationaux de santé publique chaque fois que cela est possible, et l'intégration et la coopération avec le système de santé au sens large se sont avérées être un facteur clé de la réussite des programmes des ASC.⁶ Si de nombreux pays disposent de politiques ou de lignes directrices en matière de santé communautaire, leur mise en œuvre cohérente peut varier au niveau infra-national. Dans le contexte des réfugiés comme dans celui des pays, les programmes de santé communautaire continuent souvent d'être fournis par une multitude d'acteurs non gouvernementaux, ce qui se traduit par des programmes parallèles différents dans leurs priorités de mise en œuvre, leurs financements et leurs mécanismes d'établissement de rapports.

L'intégration dans les programmes nationaux de santé communautaire existants n'est pas « tout ou rien », et le degré d'intégration peut varier selon les différentes composantes du programme (gouvernance et leadership, ressources financières, ressources humaines, prestation de services et données).

Par exemple :



Intégration totale

Un programme de santé communautaire pour les réfugiés totalement intégrés implique que son personnel soit financé, formé, accrédité et supervisé par le MdS, conformément aux lignes directrices et politiques nationales, et que la collecte de données et les indicateurs soient intégrés aux systèmes d'information sanitaire du gouvernement.



Intégration partielle

L'intégration partielle peut prendre différentes formes en fonction des éléments du programme qui sont intégrés (par exemple, des ASC formés par le MdS, des formations utilisant les lignes directrices du MdS ou accréditées par le MdS mais soutenues financièrement et supervisées par des partenaires).



Pas d'intégration

Pas d'intégration se réfère aux programmes de santé communautaire pour les réfugiés qui fonctionnent en dehors des systèmes nationaux de santé communautaire existants (ou dans les pays où il n'existe pas de politiques ou de lignes directrices) ; ils utilisent des programmes de formation, des mandats et des paiements adaptés, avec un système distinct de communication des données.

Les actions suivantes, menées par le HCR et ses partenaires, peuvent contribuer à renforcer l'intégration dans les systèmes de santé nationaux :

- Examiner la **politique nationale**, y compris tout programme national ou régional de santé communautaire et le statut de ces programmes, et plaider pour l'inclusion des réfugiés dans les programmes nationaux de santé communautaire lorsque cela est possible, y compris l'inclusion des réfugiés dans le programme national de santé communautaire.
- Dans la mesure du possible, fournir un **soutien financier, technique ou matériel** aux programmes nationaux de santé communautaire mis en œuvre dans les camps de réfugiés afin de les renforcer et d'intégrer les réfugiés au lieu de créer des programmes parallèles.

- Collaborer activement avec les membres concernés du Ministère de la Santé pour **s'aligner aux normes** de recrutement, de rémunération, de compétences, de contenu de formation, de certification et d'accréditation, de champ d'application, de communication et de lignes hiérarchiques, de collecte et d'analyse de données. Lorsque l'alignement n'est pas possible ou qu'il n'existe pas de politique, l'accord du Ministère de la Santé doit être recherché dans la mesure du possible.
- Participer à l'élaboration d'un **système commun de suivi et d'établissement de rapports** et mettre les données recueillies dans le cadre des programmes de santé communautaire à la disposition des autorités sanitaires compétentes.
- Mettre en place **des mécanismes de responsabilisation** des programmes des ASC qui communiquent et interagissent avec les autorités locales

2.5 Liens avec les établissements de soins de santé primaires

Les programmes de santé communautaire font partie intégrante de l'approche et des programmes de soins de santé primaires. Quel que soit le niveau d'intégration, les programmes de santé communautaire doivent être liés aux établissements de santé primaire pour être efficaces. Ils peuvent inclure ce qui suit :

- Le superviseur des ASC fait partie intégrante de **l'équipe de gestion de l'établissement de santé primaire** et doit se réunir régulièrement avec la direction de l'établissement de santé primaire pour élaborer des objectifs et des plans de travail communs, faire le point sur la situation du programme de santé communautaire, examiner les données et coordonner le suivi des patients.
- Un **mécanisme de référence viable** entre le PSC et l'établissement de SSP, comprenant un retour d'information standardisé et une méthode de communication bilatérale entre le PSC et le prestataire de soins de santé primaires.
- Les **données** de surveillance communautaire (SC) et de suivi du PSC **doivent être intégrées dans les systèmes d'information sanitaire, y compris tout système d'alerte précoce et de réponse existant.**
- **L'équipement et les fournitures** médicales nécessaires aux programmes de santé communautaire devraient idéalement être intégrés dans les systèmes d'approvisionnement et de pharmacie des établissements de soins de santé primaires.
- Envisager d'engager des membres des ASC pour

- fournir des services de CCSC dans l'établissement de SSP afin d'encourager les activités intégrées.
- Les liens dans les **programmes urbains** peuvent être moins bien développés, en particulier lorsque les ASC ne sont pas pleinement intégrés dans le système national. Au minimum, les membres des ASC devraient connaître les services de santé disponibles et la manière d'y accéder pour faciliter des références efficaces, avoir des relations régulières avec les établissements de SSP et soutenir la SC en tant que partie intégrante du système national.

2.6 Engagement et appropriation de la communauté

La **communauté** est elle-même un **partenaire intégral** dans la gouvernance et la direction des programmes de santé communautaire. **L'engagement communautaire** est un principe fondamental des programmes de santé communautaire qui consiste à donner aux groupes sociaux et à leurs responsables, y compris les chefs traditionnels, communautaires, de la société civile et du gouvernement, les moyens de s'appuyer sur leurs capacités et leurs atouts actuels pour participer activement à la prise de décision sur les questions qui affectent leur vie. Il s'agit notamment de faire participer la communauté à la conception et à la mise en œuvre des programmes, de favoriser l'appropriation et l'autonomisation, d'assurer l'inclusion des groupes vulnérables, d'établir une communication à double sens et de s'appuyer sur les capacités et les ressources locales.⁷ Un engagement efficace des communautés d'accueil et des réfugiés peut en outre favoriser la cohésion sociale dans les contextes de réfugiés.

L'engagement communautaire doit être recherché tout au long des phases de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du programme. Cela peut se faire par la participation active des leaders communautaires, des groupes de femmes et de jeunes, des comités de santé des réfugiés, des organisations de personnes handicapées, des groupes LGBTIQ+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes et queers et autres identités diverses), des personnes vivant avec le VIH et d'autres, en veillant à ce que les voix des groupes vulnérables soient entendues. Les membres de la communauté peuvent :

- Soutenir l'identification des problèmes de santé prioritaires et guider l'élaboration de plans d'action en matière de santé communautaire et de messages sanitaires.
- Mobiliser les ressources locales et les acteurs concernés par la santé communautaire, tels que les organisations politiques, religieuses et de la société civile.
- Participer à la sélection des membres du PSC, les soutenir dans leur travail quotidien et contrôler leurs performances.
- Participer aux activités de la SC, entre autres.
- Diriger la supervision et la gestion du programme en participant aux comités de santé des réfugiés ou à d'autres instances similaires.

Sur la base de leur expérience directe, les membres du PSC, ainsi que les organisations communautaires apparentées, sont bien placés pour plaider en faveur de l'amélioration des services essentiels, de l'amélioration de l'accès aux services pour les groupes vulnérables ou clés et des changements de politique.

Approches de l'engagement communautaire

L'amélioration de la santé au niveau communautaire nécessite un engagement communautaire efficace et des approches de CCSC. La CCSC vise à s'attaquer aux obstacles et aux déterminants des comportements à différents niveaux, notamment :⁸

- **Individuel** : lié aux connaissances, aux attitudes, aux croyances et aux émotions des individus.
- **Famille et groupes de pairs** : le comportement d'un individu est influencé par ses cercles sociaux et familiaux proches.
- **Au niveau communautaire** : influence du leadership, de l'accès à l'information, des services et du capital social.
- **Sociétal/structurel** : le macro-environnement qui peut promouvoir ou décourager les comportements, notamment l'environnement physique, les ressources et les services disponibles, les lois, les politiques et les protocoles, les valeurs religieuses et culturelles, les médias et la technologie, les normes de genre et l'égalité des revenus.



© HCR/ Mary Sanyu Osire

La CCSC vise à aider les individus et les communautés à connaître, sélectionner et mettre en pratique des comportements qui auront des effets positifs sur leur santé. Il est recommandé de fonder les programmes

sur des évaluations et d'aborder chacun des niveaux susmentionnés, en utilisant les approches suivantes : **plaidoyer, mobilisation sociale** et **communication interpersonnelle**.

Les éléments clés de la CCSC pour le PSC sont les suivants :

- **La mobilisation de la communauté** autour d'un sujet de santé nécessite l'engagement des principaux responsables (leaders communautaires et religieux, éducateurs, politiciens, influenceurs sociaux et pairs). Le soutien à l'action participative et aux groupes ou réseaux de soutien par les pairs est également une méthode importante de mobilisation communautaire (voir l'encadré 1).
- Une **communication interpersonnelle** efficace **au niveau de l'individu, de la famille et du groupe est un ensemble de compétences essentielles pour le PSC**. Cela inclut les principes de l'écoute active, de la communication bilatérale, de la fourniture d'informations pertinentes en fonction des circonstances individuelles, de la compréhension de la communication non verbale, de la résolution des conflits et de la résolution des problèmes.
 - Les membres du PCS doivent être formés à la communication interpersonnelle efficace et les visites de supervision doivent inclure un soutien continu pour développer ces compétences.
 - L'élaboration de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) pertinent pour le public cible doit se faire en partenariat avec la communauté et utiliser une approche multisectorielle, afin de s'assurer que toutes les parties prenantes sont d'accord et utilisent les mêmes messages clés. Le matériel national existant doit être utilisé lorsqu'il est disponible, en l'adaptant au besoin à la langue et au contexte culturel.
 - Différents messages ou approches seront nécessaires pour différents sous-groupes de la population (par exemple, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées).

- La prise en considération des **canaux de communication** qui peuvent le mieux atteindre le public cible, qui sont accessibles aux différents membres de la communauté et qui sont les canaux préférés de la communauté ; une combinaison de méthodes est nécessaire pour atteindre tous les groupes de population :
 - Les visites à domicile permettent d'apporter un soutien ciblé aux familles en fonction de leurs besoins individuels.
 - Les activités au niveau communautaire (réunions, discussions, groupes participatifs ou de soutien, etc.) menées dans des lieux communautaires tels que les écoles, les lieux de travail, les lieux religieux et sociaux.
 - Les services d'assistance pour les informations générales et les centres communautaires sont une opportunité clé pour atteindre les réfugiés par le biais d'autres secteurs. Les lignes téléphoniques d'urgence sont particulièrement utiles dans les contextes où les populations réfugiées sont très dispersées ou mobiles. Il est essentiel d'élaborer des FAQ régulièrement mises à jour sur les questions de santé et l'accès aux services de santé pour que les collègues qui gèrent ces services puissent fournir des informations de base et mettre les réfugiés en relation avec les services appropriés.
 - Les médias sociaux, par exemple les plateformes d'information en ligne ou les applications de messagerie, permettent d'atteindre un public plus large. Ils sont efficaces pour diffuser des messages sur la santé mais n'offrent pas de possibilités d'engagement plus approfondi ; il est utile d'envisager d'ajouter des coordonnées pour un engagement direct plus poussé lorsque cela est possible.
 - Les moyens créatifs tels que le théâtre, le dessin (par exemple, les peintures murales), les films et la musique permettent d'aborder les questions de santé d'un point de vue différent et peuvent être combinés à des discussions guidées.
 - Le partage d'informations par l'intermédiaire d'autres médias locaux tels que des affiches, des mégaphones, des messages préenregistrés sur des motos et d'autres véhicules.
- Pendant **les urgences de santé publique et les épidémies**, les approches de communication sur les risques et participation communautaire (**CREC**) nécessitent des considérations supplémentaires. Il s'agit notamment de diffuser des messages sanitaires clairs et cohérents à tous les niveaux afin d'informer le public de la menace pour la santé et de la manière dont il peut se protéger, et de prendre des mesures pour lutter contre la désinformation et la mésinformation, par exemple en traquant les rumeurs.

Encadré 1 : Exemples d'approches participatives

Groupes de femmes pour l'apprentissage et l'action participatifs. Les groupes d'apprentissage et d'action participatifs sont recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour améliorer la santé maternelle et néonatale, en particulier dans les zones rurales où l'accès aux services de santé est limité.⁹ Une étude systématique des groupes d'apprentissage et d'action participatifs pour les femmes dans les zones rurales à faibles ressources a montré qu'avec une couverture suffisante, ils amélioraient les résultats pour la santé maternelle et néonatale et avaient un excellent rapport coût-efficacité.¹⁰ Dans le cadre d'un groupe animé, les femmes sont aidées à identifier les problèmes prioritaires et à élaborer des solutions locales. Pour avoir une incidence sur la santé, les groupes doivent être animés par un facilitateur formé, assurer une couverture adéquate de la population et se poursuivre pendant au moins trois ans.

L'École de Maris ou « Husband's School » est un groupe participatif d'hommes qui promeut la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ainsi que la nutrition. Reconnaisant l'importance du rôle décisionnel des hommes dans de nombreuses cultures en ce qui concerne les comportements de leur famille en matière de recherche de soins, ce groupe fait appel à des hommes volontaires qui sont formés et soutenus pour mobiliser leurs pairs sur des actions clés liées à santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile.

Groupes et réseaux de soutien par les pairs : **les groupes de soutien entre mères** sont un modèle dans lequel des mères sont formées pour animer un groupe de pairs. Les groupes sont généralement animés par deux mères qualifiées et permettent d'aborder des sujets tels que la grossesse et l'accouchement, la santé infantile et la nutrition. Le personnel de santé ou les ASC apportent un soutien continu et renforcent les capacités des mères cheffes de file afin d'élargir les thèmes au fil du temps. D'autres exemples de groupes de soutien par les pairs incluent les mères mentors pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, les pairs éducateurs pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA), les groupes de soutien pour les personnes souffrant de conditions médicales spécifiques telles que le diabète.

2.7 Approches de la santé communautaire

Un programme de santé communautaire qui fonctionne bien est un atout essentiel pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, ainsi que pour la transition vers la phase de post-urgence. Lors de nouveaux déplacements, les programmes de santé communautaire doivent souvent être rapidement renforcés ou mis en place là où il n'y en a pas. Dans d'autres types d'urgences, comme les catastrophes naturelles ou les épidémies de maladies transmissibles, les membres de la communauté sont souvent les premiers à réagir. L'expérience acquise dans différents types de contextes humanitaires a démontré que, avec un soutien, les ASC peuvent continuer à fournir des services pendant les situations d'urgence et, dans certains cas, ils peuvent être les seuls prestataires de soins de santé qui ont encore accès aux populations touchées.^{11, 12, 13}

Les actions prioritaires spécifiques pour chaque type d'intervention sanitaire pendant les phases d'urgence et de post-urgence sont décrites dans la **section 7 : Prestation de services**. Les programmes doivent adopter une approche souple de la santé communautaire et s'adapter à l'évolution de la charge de morbidité, notamment en passant à la lutte contre les épidémies en cas d'apparition de maladies transmissibles.

Il est recommandé de mettre en place les éléments suivants des programmes du PSC pour faciliter le travail de routine et les interventions en cas d'urgence :

- Veiller à ce que des cartes de l'emplacement du PSC et des superviseurs, y compris la couverture de la population, soient élaborées, régulièrement mises à jour et partagées avec les partenaires.
- Identifier les personnes présentant un risque accru (par exemple, les personnes âgées, les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques, les femmes enceintes ou allaitantes) qui pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire en matière de santé communautaire, y compris pendant et après les situations d'urgence.

- Veiller à ce que les actions de santé communautaire fassent partie intégrante des plans de préparation et de réponse aux urgences et aux épidémies, à ce que les superviseurs de santé communautaire fassent partie des groupes de travail chargés de la préparation et de la réponse, à ce que des messages sanitaires clés soient élaborés pour les menaces potentielles, à ce que des stocks soient disponibles dans la communauté (par exemple, des solutions de réhydratation orale [SRO]) et à ce que des équipements de protection individuelle (EPI) soient mis à la disposition du PSC.
- Mettre en place un système d'alerte et de réponse rapide pour les principales maladies, en liaison avec d'autres systèmes de notification (*voir la section 7.6*).
- Établir des procédures de référence, y compris des protocoles de transport et de communication alternatifs.
- Former les ASC aux premiers secours de base, aux premiers secours psychologiques, aux messages sanitaires standard et à la surveillance.

Les actions spécifiques lors de l'intervention d'urgence sont les suivantes :

- Dans les situations de nouveaux déplacements sans système de santé communautaire existant, l'accent sera mis dans un premier temps sur la sélection et la formation rapides des ASC pour les interventions prioritaires.
- En cas de catastrophe naturelle ou d'événements climatiques extrêmes affectant les populations réfugiées existantes, analyser la situation dans les zones touchées, y compris l'état fonctionnel de tout établissement de santé, le personnel de santé, le contexte sécuritaire, la capacité du PSC à accomplir les tâches essentielles. Le PSC peut être lui-même touché et ne pas être pleinement fonctionnel.
- Communiquer des informations clés aux membres de la communauté à l'aide de messages standard et fournir un retour d'information sur les incidents sanitaires majeurs aux établissements de santé.
- Se concentrer sur le maintien des interventions prioritaires (Exemple premiers secours, référence, surveillance à la base communautaire, réponse aux épidémies)



Les membres du PSC peuvent être confrontés à des événements pénibles dans l'exercice de leurs fonctions. Inclure une formation à la gestion du stress et à l'autogestion de la santé dans les programmes de formation standard et garantir l'accès des membres du PSC à un soutien psychosocial.

2.8 Collaboration et intégration intersectorielles

Lorsque le PSC n'est pas pleinement intégré aux programmes nationaux de santé communautaire ou qu'il n'existe pas de programmes nationaux, chaque secteur peut avoir son propre cadre de travailleurs de proximité, avec des domaines d'intervention qui peuvent se chevaucher entre la santé, l'EAH, la nutrition et la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS). Il peut en résulter des visites à domicile répétées, des messages contradictoires, une lassitude de la communauté et une utilisation inefficace des ressources humaines et financières.

Le HCR vise à s'aligner sur les programmes nationaux et à travailler à l'intégration du PSC dans les programmes nationaux. Lorsque cela n'est pas encore totalement réalisé ou n'est pas encore faisable, le HCR vise une main-d'œuvre communautaire harmonisée où les ASC sont au cœur des interventions de santé communautaire et adoptent une approche holistique de la promotion de la santé, de l'hygiène et de la nutrition au niveau des ménages et de la communauté (voir l'*encadré 2*). Les ASC évalueront les capacités et les besoins des ménages et interviendront auprès des réfugiés en fonction de leurs besoins individuels, tout en discutant des messages relatifs aux priorités générales du programme (par exemple, lors des épidémies).

En fonction du contexte, ils peuvent être complétés par d'autres cadres sectoriels/sous-sectoriels (voir l'*annexe 1*) :

- **Promoteurs de l'hygiène (EAH) :** les ASC s'engageront auprès des familles dans la promotion de l'hygiène, y compris l'hygiène des mains, l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène alimentaire. En complément, les promoteurs de l'hygiène jouent un rôle de premier plan dans la mobilisation et l'engagement des communautés, par exemple dans la conception et la construction d'installations d'EAH ou dans la création et l'engagement de comités de l'eau et, lorsque cela est convenu au niveau opérationnel, ils gèrent le changement de comportement sur des sujets liés à l'EAH (par exemple, l'hygiène des mains, l'eau potable, l'utilisation des latrines). Lors d'épidémies de maladies d'origine hydrique, les promoteurs de l'hygiène peuvent mener d'autres activités complémentaires, comme le nettoyage des jerrycans aux points de distribution d'eau ou l'aide à la désinfection des latrines.

- **Nutrition :** les ASC encourageront les pratiques appropriées d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, favoriseront le suivi de la croissance, dépisteront la malnutrition et assureront le suivi des personnes qui n'ont pas suivi le programme de nutrition. Les travailleurs de proximité dans le domaine de la nutrition renforceront les capacités des familles et des communautés, par exemple en animant des groupes de soutien entre mères ou en effectuant un suivi ciblé des enfants qui ne s'épanouissent pas. Les situations où les taux de malnutrition aiguë globale (MAG) sont supérieurs à 10 % exigent que l'on mette fortement l'accent sur la prévention de la malnutrition et sur l'identification et l'orientation des enfants malnutris. Dans de telles situations, les travailleurs de proximité dans le domaine de la nutrition seront engagés dans la promotion de l'ANJE et dans le dépistage de la malnutrition à domicile. En outre, l'objectif des activités de sensibilisation des ASC et le nombre de ASC peuvent être augmentés pour garantir que toutes les tâches sont couvertes.
- **SMSPS :** les ASC identifieront, référeront et suivront les personnes souffrant de troubles mentaux et transmettront des messages clés sur les modes d'adaptation sains. Le travailleur de la SMSPS fournira des interventions psychosociales de soutien, des interventions psychologiques brèves, un soutien ciblé aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et à leurs familles. En cas d'urgence, les deux cadres fournissent les premiers secours psychologiques.

Dans les situations où les tâches se chevauchent entre différents cadres travailleurs communautaires, une coordination solide, une collaboration étroite et une sensibilisation aux questions techniques et programmatiques de chaque secteur sont essentielles pour harmoniser la programmation **tout en travaillant simultanément à une approche intégrée**. Les actions clés liées à **la coordination intersectorielle** au niveau de la communauté sont les suivantes :

- Organiser régulièrement **des réunions de coordination intersectorielle de l'action de proximité sur le site** ; identifier les possibilités de planification et de suivi conjoints des activités afin d'harmoniser la mise en œuvre et de recenser les possibilités de soutien mutuel.
- Élaborer des messages standardisés et **coordonnés entre les secteurs et organiser des formations conjointes**.
- **Dresser une carte des travailleurs de proximité** de tous les secteurs afin de s'assurer que toutes les zones géographiques sont couvertes de manière équitable et que ceux qui travaillent dans la même zone **se connaissent** et sont familiarisés avec le rôle et les responsabilités de chacun.

L'approche progressive d'une main-d'œuvre harmonisée peut être facilitée par les actions suivantes :

- Plaider en faveur **de l'intégration intersectorielle** aux niveaux national et régional et sous régional.
- S'efforcer **d'obtenir l'adhésion des décideurs** en soulignant les avantages d'une approche intégrée, notamment a) l'impact sur les résultats clés tels que la mortalité et la morbidité ; b) les économies de coûts et c) l'amélioration de l'efficacité.
- Développer **les équipes de travail**/ les organes de coordination à plusieurs niveaux pour guider les efforts d'intégration avec l'agence chef de file désignée.
- Engager les partenaires sectoriels **dans une formation** et une supervision conjointes.
- Envisager **de créer des accords de collaboration** entre les secteurs.



Une coordination étroite à tous les niveaux devra être établie avec les secteurs de la protection, de l'éducation et d'autres secteurs afin d'intégrer le programme dans l'approche et le cadre de protection plus larges et de garantir une référence efficace pour répondre aux besoins plus généraux des réfugiés.

© HCR/ Amos Halder



Encadré 2 : intégration intersectorielle dans les rôles en matière de sensibilisation de la communauté

À Cox's Bazar, au Bangladesh, le **groupe de travail sur la santé communautaire**, dirigé par le HCR, a collaboré avec les principales parties prenantes (Ministère de la Santé, Nations Unies, ONG et communautés) pour élaborer une stratégie visant à intégrer les activités liées à la nutrition et à la santé dans quatre camps pilotes en 2021. Dans ce cas, l'intégration des activités de sensibilisation communautaire à la nutrition et à la santé faisait partie d'une intégration intersectorielle plus large entre les services de soins primaires. Le nouveau rôle de proximité s'intitule « travailleurs de la santé et de la nutrition ». L'intégration a comporté les étapes suivantes :

- Garantir un temps de préparation suffisant (> 1 an) pour aligner les objectifs, les propositions et les budgets du secteur.
- Identifier un partenaire capable de fournir des services de santé et de nutrition.
- Intégrer les services de nutrition et de santé au sein d'une même structure de santé primaire.
- Déterminer des indicateurs communautaires communs et élaborer des outils de suivi.
- Élaborer de nouveaux termes de référence pour les travailleurs de la santé et de la nutrition et ajuster la population couverte par ces travailleurs pour tenir compte de leurs responsabilités accrues.
- Former les ASC à des tâches supplémentaires liées à la nutrition.

3. Le personnel de santé communautaire (PSC)

Le PSC peut comprendre des ASC, des travailleurs/volontaires formés, tels que des pairs éducateurs, et des prestataires de santé non professionnels, tels que des AT et des guérisseurs traditionnels, qui ont été mobilisés pour soutenir les services de santé formels. La définition des rôles et des responsabilités de chaque cadre, l'établissement de normes pour le recrutement, la rémunération, la formation, l'accréditation, l'approche de supervision formative et les mécanismes de retour d'information sont des considérations essentielles en matière de ressources humaines.

3.1 Définitions des rôles et considérations

Agents de santé communautaire (ASC)

Les données probantes soutiennent un large éventail d'interventions potentielles pour les ASC en matière de protection et de promotion de la santé, de prévention, de soins curatifs et de rééducation, le champ d'application de la pratique variant considérablement en fonction du contexte local.

[SPHERE](#) recommande un ratio minimum de **1-2 ASC pour 1000 habitants** dans les situations humanitaires ; les besoins seront déterminés par les facteurs suivants :¹⁴

- La charge de travail prévue en fonction de l'épidémiologie et des priorités locales
- La fréquence de contact requise
- Le nombre et la complexité des services fournis
- L'engagement hebdomadaire en termes de temps (y compris le temps alloué aux formations, à l'administration, à la collecte de données et à l'établissement de rapports)
- La géographie, y compris le temps nécessaire pour atteindre les ménages et les établissements de santé, la sécurité et les restrictions de déplacement
- Ressources financières et humaines disponibles

Les tâches complexes, y compris le diagnostic et le traitement, nécessitent un **environnement favorable** aux ASC, notamment la formation, l'accréditation, une chaîne d'approvisionnement fiable et une supervision pour garantir que ces tâches sont effectuées correctement et en toute sécurité.

Pairs éducateurs

L'éducation par les pairs mobilise des membres de la communauté motivés et bien formés, issus de différents groupes, pour mener des activités organisées d'éducation ou de promotion de la santé avec des personnes proches d'eux en termes d'âge, d'origine ou de centres d'intérêt (pairs). L'éducation par les pairs vise à développer les connaissances, les attitudes et les compétences des pairs, afin de leur permettre d'être responsables de leur propre santé et de la protéger.¹⁵ Ils sont souvent plus accessibles aux populations qui peuvent être confrontées à des obstacles sociaux et structurels pour accéder aux services de santé formels (par exemple, les adolescents/jeunes gens, les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels). Les pairs éducateurs peuvent être bénévoles ou rémunérés. Comme tous les membres du PSC, ils ont besoin d'une formation, d'un soutien continu et d'une supervision pour rester efficaces. Une partie intégrante de leur rôle consiste à référer les personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire vers des prestataires de services de santé. Les preuves de l'efficacité des pairs éducateurs en matière de promotion de la santé sont mitigées. S'ils ne sont pas rémunérés, il convient d'envisager de combiner les approches de différents membres du PSC pour obtenir un impact plus large.

Accoucheuses traditionnelles (AT)

Le recours aux accoucheuses traditionnelles est courant dans de nombreux contextes où travaille le HCR. Lorsque les femmes continuent d'avoir recours aux accoucheuses traditionnelles pour les accouchements à domicile en dépit de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services d'accoucheuses qualifiées, une analyse de la situation peut s'avérer utile pour comprendre leur rôle actuel dans la communauté, les perceptions et les pratiques de la communauté, et les raisons de leur utilisation, y compris les obstacles existants aux services de santé formels. S'accorder sur d'autres rôles pour les accoucheuses traditionnelles par le biais d'un dialogue avec les accoucheuses traditionnelles, les femmes, les familles, les communautés et les prestataires de services est une première étape importante dans la mobilisation des accoucheuses traditionnelles pour soutenir l'accouchement par du personnel qualifié

et l'adoption d'autres interventions en matière de santé maternelle, néonatale et infantile. La transition des accoucheuses traditionnelles vers un rôle différent, non clinique, nécessitera une formation pour renforcer les connaissances et les compétences des accoucheuses traditionnelles. En outre, il est important de créer des liens avec les établissements de santé publique pour favoriser l'intégration et la sensibilisation des prestataires de soins, des communautés, des femmes et de leurs familles afin d'assurer une transition réussie.

Autres cadres du PSC

Les autres cadres du PSC peuvent être des bénévoles formés, comme ceux de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des leaders de groupes de pairs, des comités de santé, des distributeurs communautaires de planning familial, des guérisseurs traditionnels ou d'autres personnes qui ont été mobilisées pour participer à des tâches spécifiques telles que les références des patients et la surveillance au niveau de la communauté.

3.2 Recrutement

Les éléments suivants doivent être pris en considération lors du recrutement des ASC et des autres membres du PSC :

- Avant le recrutement, les attentes liées à la fonction doivent être décrites dans **les termes de référence** écrits comprenant les responsabilités et les tâches, le lieu, les horaires et les conditions de travail, ainsi que les avantages tels que la rémunération financière et non financière. Les principales exigences doivent être définies, notamment le niveau d'éducation, la capacité de calcul, les considérations liées au genre, l'alphabétisation et les compétences linguistiques, les qualités personnelles et les compétences interpersonnelles (voir l'*annexe 2*). Des considérations particulières sur la nationalité ou l'ethnicité peuvent être nécessaires pour les programmes destinés à la communauté d'accueil et aux réfugiés. Les annonces de recrutement doivent être accessibles à tous les membres de la communauté, y compris aux personnes peu alphabétisées et aux personnes handicapées.
- Le recrutement doit être fondé sur des processus transparents, impartiaux et non discriminatoires, tenant compte de l'âge, du genre et de la diversité. Un processus doit être mis en place pour **la participation de la communauté** dans le recrutement, en veillant à ce que la personne sélectionnée soit appropriée

et acceptable pour la communauté, en prenant soin d'éviter toute discrimination supplémentaire à l'égard de groupes spécifiques.

- **L'équité des genres** et les perceptions de la communauté en matière d'égalité des genres doivent être prises en considération lors du recrutement. Certains sujets liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR), à la grossesse et à la violence basée sur le genre (VBG) peuvent être plus appropriés culturellement pour un prestataire du même genre. Dans le même temps, des contraintes contextuelles ou culturelles peuvent limiter le potentiel de participation des femmes. Des ajustements appropriés et des mesures d'atténuation devraient être entrepris pour permettre une participation significative et égale des femmes dans la communauté. Il peut s'agir, par exemple, d'engager des femmes AT pour travailler au sein de la communauté dans laquelle elles résident, de se déplacer en binôme ou de créer des groupes de femmes bénévoles.
- Il convient de **noter que les exigences en matière d'alphabétisation** dans les régions où le taux d'alphabétisation des femmes est faible peuvent entraîner des déséquilibres entre les genres en matière d'emploi. Les travailleurs ou les bénévoles qui ne savent pas lire et écrire peuvent obtenir de bons résultats lorsque des approches adaptées sont proposées, telles que l'utilisation de pictogrammes, de feuilles de comptage et de systèmes de vérification pour l'établissement de rapports.
- Il est recommandé de procéder à une sélection minimale des candidats, notamment en recueillant systématiquement les informations de base les concernant et en vérifiant leurs antécédents en matière de bénévolat, d'emploi et/ou de casier judiciaire, le cas échéant. Les contrôles doivent comprendre des questions sur tout incident antérieur de mauvaise conduite.
- Il est recommandé de signer un **contrat** basé sur les termes de référence entre le membre du PSC et l'entité qui le recrute (Ministère de la Santé, ONG), ainsi qu'un code de conduite comprenant une clause d'engagement en faveur de la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS). Les partenaires financés par le HCR devront fournir ces documents dans le cadre de l'évaluation des capacités de leur PEAS.

3.3 Rémunération et incitations

La recherche montre qu'une **compensation financière adéquate** est un facteur clé de la motivation et de la fidélisation des ASC et contribue à l'efficacité et à la durabilité des programmes de santé communautaire¹⁶, les systèmes de ASC les plus performants étant ceux dans lesquels les ASC sont formalisés, rémunérés et reçoivent d'autres incitations appropriées.¹⁷ L'absence de rémunération adéquate peut entraîner une rotation fréquente du personnel formé, une faible motivation et une augmentation des coûts de recrutement et de reconversion du personnel.

Le **Pacte mondial sur les réfugiés** favorise l'autonomie des réfugiés par une participation active à la vie sociale et économique du pays d'accueil, y compris l'accès à un travail décent. L'octroi d'une compensation financière aux membres du PSC à temps plein est conforme au Pacte mondial sur les réfugiés et soutient la réalisation des ODD relatifs à la promotion du travail décent et de la croissance économique (ODD 8) et à l'égalité des genres (ODD 5).

Le HCR plaide pour que les membres du PSC reçoivent une compensation financière adéquate en fonction des exigences du travail, des heures travaillées, de la complexité, de la formation et des rôles qu'ils assument, conformément aux recommandations de l'OMS.¹⁵ Les difficultés liées à la rémunération financière dans les camps de réfugiés sont courantes et peuvent inclure des restrictions légales au droit au travail et à l'emploi rémunéré pour les réfugiés, une politique nationale de santé qui désigne les ASC comme des bénévoles, un financement institutionnel limité et/ou une mosaïque de paiements incitatifs différents selon les agences et les rôles, ce qui conduit à l'insatisfaction et à l'attrition. Des efforts devraient être déployés pour surmonter ces obstacles en vue d'un paiement juste et équitable pour les travailleurs. Les actions pertinentes sont les suivantes :

- **Plaider** auprès des donateurs, des gouvernements, des partenaires et en interne au sein du HCR pour obtenir une rémunération équitable.
- **Aligner** les incitations sur les normes nationales établies par le Ministère de la Santé ou d'autres entités compétentes pour des cadres similaires si les tâches sont comparables. Lorsque les programmes ne sont pas totalement alignés ou intégrés avec le Ministère de la Santé, les incitations pour les travailleurs sociaux devraient être **harmonisées** entre les agences, les

partenaires ainsi qu'entre les secteurs engageant d'autres travailleurs communautaires.

- Fournir un **équilibre entre les incitations financières et non financières**. Il est recommandé que les paiements financiers soient proportionnels aux heures travaillées, au niveau de formation, à la complexité et aux exigences des fonctions exercées et qu'ils soient conformes au marché local. Les personnes censées travailler **à temps plein** devraient recevoir **une rémunération financière** plutôt que des incitations non financières, dans la mesure du possible. Si le versement d'une somme d'argent n'est pas possible en raison de restrictions légales à l'emploi des réfugiés dans le pays d'accueil, des paiements équivalents en nature doivent être fournis. Le recours à des volontaires non rémunérés devrait être limité à des contextes où le travail se limite à quelques heures par mois.
- **Les incitations non financières** qui se sont avérées motivantes comprennent un environnement de travail favorable, y compris le respect de la communauté et la reconnaissance publique de son travail, des possibilités d'avancement professionnel, des équipements de protection individuelle adéquats et une bonne visibilité.
- **Les incitations basées sur les performances**,¹⁸ si elles sont utilisées, ne doivent pas être le principal moyen de rémunération mais peuvent être utilisées en complément d'autres paiements.

3.4 Formation et accréditation

La formation préalable et continue du PSC est importante pour garantir l'efficacité des interventions. En outre, il accroît la motivation et la satisfaction au travail, ainsi que la confiance de la communauté dans le PSC. Il est également important de mettre en place un système d'accréditation, qui devrait comprendre plusieurs méthodes d'évaluation des compétences et des connaissances. Cela doit être fait avant de commencer le travail et réévalué à intervalles réguliers.

Il est recommandé que la formation soit dispensée par le MdS, en utilisant les programmes et les animateurs du MdS pour soutenir l'accréditation et l'intégration dans le système national lorsque cela est possible. Un engagement devrait être recherché avec l'éducation et d'autres unités concernées au sein du HCR afin d'explorer d'autres voies de carrière pour les réfugiés vers la formation professionnelle au sein du système national de santé.



© HCR/ Pauline Omagwa

Les lignes directrices générales pour **la formation** sont les suivantes :

- Élaborer un guide de formation/facilitation spécifique au contexte, basé sur les modules de compétences de l'OMS (voir l'**encadré 3**) ainsi que sur le matériel de promotion de la santé qui l'accompagne, traduit dans les langues concernées. Les questions relatives à la prévention et au contrôle des infections, aux soins personnels et à la gestion du stress devraient être incluses dans le module de protection personnelle.
- S'engager avec le secteur de la protection et d'autres secteurs pour l'inclusion systématique de thèmes transversaux dans les formations telles que la violence basée sur le genre, y compris la divulgation sûre, la confidentialité, le code de conduite et la PEAS, les voies de références connexes et les endroits où signaler toute inquiétude.
- La participation du **personnel de santé clinique** des établissements de soins de santé primaires aux formations et à la supervision peut contribuer à améliorer la qualité des soins.
- Utiliser à la fois des éléments de formation en classe et sur le terrain ; utiliser une approche

active et participative plutôt qu'un cours magistral (par exemple, jeux de rôle, théâtre, études de cas, travail en groupe, etc.). Adapter les méthodes pour tenir compte des stagiaires ayant un niveau d'alphabétisation limité, y compris l'utilisation d'aides picturales et de matériel audiovisuel.

- Fournir une formation de suivi avec un mentorat et/ou une supervision formative accrue immédiatement après la formation pour s'assurer que les apprentissages sont correctement mis en œuvre dans la pratique.
- Des formations **régulières de remise à niveau** devraient être programmées tout au long de l'année et chaque fois qu'une nouvelle intervention est ajoutée au champ d'application de la pratique. Organiser des réunions hebdomadaires ou mensuelles régulières pour de courtes séances de remise à niveau.

Il existe de nombreuses possibilités d'**apprentissage en ligne** avec des cours de courte durée sur des sujets spécifiques. Voir l'**annexe 4** pour des exemples d'apprentissage en ligne et d'autres cours pour le PSC.

Encadré 3 : l'OMS recommande les modules de compétences de base suivants pour LA FORMATION DES ASC¹⁵

- Services de promotion et de prévention, identification des besoins et des risques sanitaires et sociaux de la famille
- Le rôle des ASC dans le système de santé au sens large, y compris l'orientation, la recherche des patients, la collaboration avec d'autres travailleurs de la santé dans les équipes de soins primaires
- SC
- Suivi : collecte, analyse et utilisation des données
- Déterminants sociaux et environnementaux de la santé
- Compétences psychosociales de base
- Compétences interpersonnelles liées à une communication efficace, à l'engagement et à la mobilisation de la communauté
- Éthique, y compris la confidentialité et la protection des données, les principes de protection et la PEAS
- Sécurité personnelle (y compris la prévention et le contrôle des infections)
- Diagnostic, traitement et soins conformes au(x) rôle(s) attendu(s) et à la réglementation applicable en matière de champ d'application

3.5 Supervision formative

Une supervision formative est un facteur clé pour garantir que le travail communautaire de santé est effectué correctement et efficacement. La supervision formative doit se concentrer sur les connaissances et les compétences du travailleur, sur sa motivation et sur son adhésion à des pratiques correctes. Il apparaît que la *qualité* de la supervision est plus importante que la quantité ; des visites régulières de supervision sur le terrain sont essentielles ; et les superviseurs ont souvent besoin d'une formation et d'un soutien pour développer eux-mêmes des compétences en matière de résolution de problèmes et d'encadrement.¹⁹ La supervision doit être basée sur une approche collaborative (voir l'encadré 4), axée sur un retour d'information constructif plutôt que sur la recherche de fautes, et un ratio superviseur-supervisé approprié doit être assuré pour permettre une observation régulière du travail.

- Un ratio d'un superviseur pour 10 supervisés est recommandé, à ajuster en fonction des responsabilités, des ressources disponibles et des distances à parcourir pour la supervision formative.
- Le programme de formation des superviseurs doit couvrir à la fois les aspects techniques de la santé et les compétences en matière de communication, d'encadrement et de gestion.
- Des **termes de référence détaillés** devraient être établis, décrivant les aptitudes, les compétences et les responsabilités essentielles du superviseur. Les principales responsabilités sont les suivantes :
 - ✓ Diriger le développement des connaissances et des compétences des membres du PSC
 - ✓ Organiser des visites d'observation avec les membres du PSC lors des visites à domicile et d'autres activités
 - ✓ Assurer la liaison entre l'établissement de soins de santé primaires, les autres secteurs et les membres du PSC
 - ✓ Collecter et rassembler les données hebdomadaires, les analyser et les transmettre aux travailleurs, à l'équipe de santé primaire et à la communauté
 - ✓ Veiller à ce que les fournitures et l'équipement adéquats soient en place
 - ✓ Fournir des évaluations de performance en évaluant la qualité du travail au moyen d'observations de supervision et d'un retour d'information de la part de la communauté

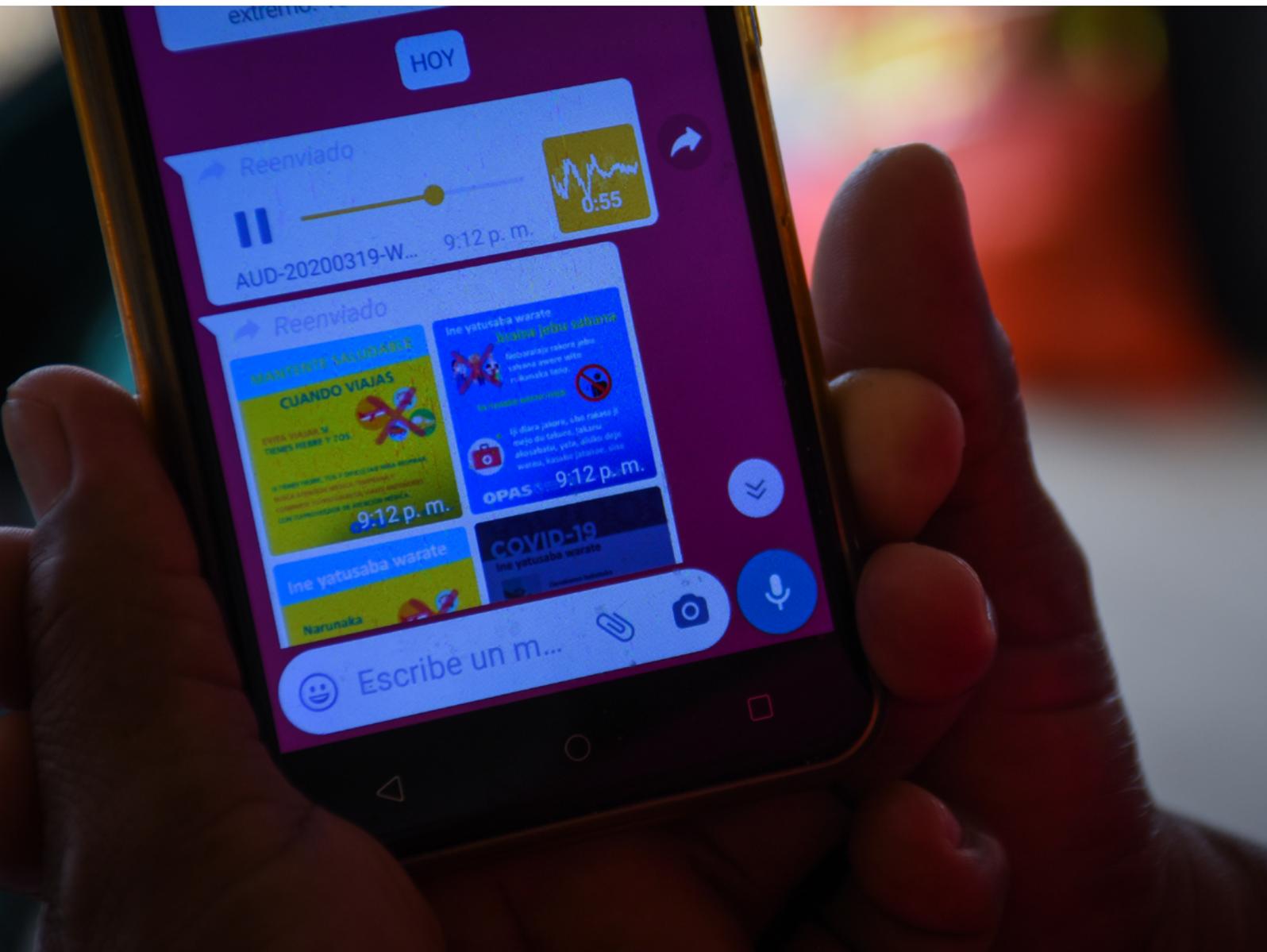
Encadré 4 : les approches efficaces en matière de supervision comprennent :

- Des réunions de groupe régulières entre le superviseur et les supervisés pour résoudre les problèmes et fixer des objectifs.
- Le superviseur observe directement le travail, y compris lors des visites à domicile, et utilise des listes de contrôle associées à un retour d'information ciblé sur les domaines à améliorer.
- Favoriser le soutien par les pairs en associant les membres les plus expérimentés du PSC à ceux qui le sont moins, ainsi que par d'autres réseaux d'échange informels tels que les groupes WhatsApp.
- Utiliser des évaluations entre pairs et/ou des auto-évaluations dont les résultats sont partagés avec le superviseur.
- Évaluer les performances du PSC grâce au retour d'information de la communauté.

En outre, les communautés doivent être en mesure de fournir un retour d'information sur les membres du PSC de manière confidentielle et sûre, en utilisant les canaux de communication qu'elles préfèrent.

Des mécanismes doivent être mis en place pour garantir que les informations sont stockées, analysées et traitées en conséquence. Les mécanismes de retour d'information et de réponse existants doivent être utilisés dans la mesure du possible afin d'éviter la multiplication des systèmes parallèles et doivent être portés à la connaissance des membres de la communauté.

© HCR/ Allana Ferreira - Des membres de la communauté autochtone Warao, réfugiés au Venezuela, reçoivent des messages de santé sur leur téléphone.



4. Système de référence

Une part importante des responsabilités du personnel de santé communautaire consiste à identifier les personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire dans la communauté et à les référer vers les services de santé primaire ou vers d'autres services tels que les services de réhabilitation (y compris les appareils d'assistance),²⁰ la nutrition, la SMSPS, la protection et les services de base tels que l'hébergement, l'EAH et l'assistance en espèces si les critères sont remplis. Un système de référence fonctionnel est une priorité essentielle dans la mise en place et le renforcement des programmes de santé communautaire. Les obstacles aux références dans les camps de réfugiés peuvent être le manque de confiance dans les services de santé officiels, la méconnaissance du système de santé et/ou de l'emplacement des établissements de santé, les barrières socioculturelles ou les demandes concurrentes (par exemple, la présence d'autres enfants à la maison). D'autres obstacles dans les environnements autres que les camps peuvent inclure la disponibilité/la fonctionnalité limitée des services de santé primaire, les obstacles financiers et les contraintes en matière de sécurité. Les principales actions liées aux références au niveau communautaire sont les suivantes :

- **Cartographier les services sociaux et de santé, développer des voies de référence sectorielles** et s'assurer que tous les membres du PSC connaissent les établissements les plus proches et les services qu'ils fournissent. Dans les situations d'urgence, les cartes devront être **mises à jour régulièrement** en raison des changements fréquents dans la disponibilité des services.
- Il convient de mettre en place des lignes directrices claires et **des procédures** opérationnelles standard pour la référence des patients, y compris un formulaire de référence standardisé (voir l'**annexe 3** pour des exemples de formulaires d'orientation) et de veiller à ce qu'un système de contre-référence soit en place (par exemple, pour la communication entre l'établissement de santé et le membre du PSC pour les visites de suivi).
- S'engager avec les membres de la communauté à développer des solutions communautaires pour le dernier kilomètre, telles que des brancards, des vélos ou des motos-ambulances pour atteindre les centres de santé.
- Utiliser les capacités des ASC pour surmonter, par exemple, les barrières linguistiques en soutenant les traductions dans les établissements de santé, en particulier dans les zones urbaines où ces traductions peuvent ne pas être couvertes par les établissements de santé.



Divulgarion en toute sécurité de la VBG

Les survivants de la VBG peuvent en parler à un membre du PSC et demander son soutien. Les membres du PSC doivent être formés à la manière de gérer en toute sécurité une révélation, de réagir de manière solidaire, non stigmatisante et centrée sur le survivant, et de procéder à une référence conformément aux voies de référence en matière de violence basée sur le genre.



© HCR/ Esther Ruth Mbabazi - Un ASC fait passer un test de dépistage du paludisme à un réfugié dans le camp de réfugiés de Nakivale, en Ouganda.

5. Financement, équipement et fournitures

Financement

La composante santé communautaire des soins primaires devrait être systématiquement incluse dans les budgets, les propositions et les appels en matière de santé, conformément au cycle de gestion du programme du HCR. Les programmes de santé communautaire sont souvent confrontés à des difficultés opérationnelles en raison d'un manque de financement. Il peut en résulter des coupes dans la formation, une réduction du nombre de travailleurs sociaux et des ruptures dans les chaînes d'approvisionnement, ce qui peut entraîner une réduction des services, une diminution de la supervision et une perte de confiance de la part de la communauté.

Fournir une vue d'ensemble des coûts et des avantages des programmes de santé communautaire peut contribuer à la mobilisation des ressources et à l'allocation appropriée des fonds. Inclure dans les propositions des éléments de preuve issus d'enquêtes régulières et d'un suivi permanent afin de démontrer l'incidence des programmes de santé communautaire en cours, y compris, par exemple, l'augmentation de la couverture vaccinale ou l'amélioration des connaissances sur les thèmes de santé prioritaires.

Équipement et fournitures

Une chaîne d'approvisionnement fiable est importante pour la qualité et la réussite des programmes de santé communautaire. La disponibilité limitée des fournitures nécessaires, tant au niveau communautaire qu'au niveau des soins de santé primaire, peut nuire à l'acceptabilité et à l'efficacité du programme de santé communautaire. Les fournitures nécessaires seront déterminées par les interventions prioritaires du programme et les termes de référence du membre du PSC ; des normes de réapprovisionnement spécifiques à la situation doivent être convenues. Selon la situation, les fournitures peuvent inclure du matériel de protection individuelle, du matériel de protection (par exemple, des bottes en caoutchouc, des imperméables), des trousseaux de premiers secours, des articles de papeterie, du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC), y compris des aides à l'emploi illustrées, des articles de visibilité, des rubans de mesure du périmètre brachial (PB), ainsi que des médicaments et des fournitures médicales, entre autres.

Lorsque des médicaments et des fournitures médicales sont fournis aux ASC, il convient d'appliquer les principes essentiels de gestion pharmaceutique, notamment les actions clés suivantes :

- Les médicaments et les fournitures médicales doivent faire partie de la liste nationale ou de la **liste des médicaments essentiels** du HCR et être approuvés pour une utilisation par le cadre spécifique dans le cadre des politiques nationales de santé. L'approvisionnement devrait être intégré dans le système global d'approvisionnement de médicaments, conformément à [la politique et aux orientations du HCR en matière de médicaments et de fournitures essentiels](#).
- **Les formations** devraient porter sur les pratiques de distribution, le stockage de base, l'entreposage et la gestion des déchets. Les ASC doivent tenir et soumettre **des rapports mensuels sur l'utilisation et l'inventaire des médicaments** afin de faciliter un réapprovisionnement régulier. Les superviseurs doivent examiner les registres et vérifier les inventaires par recoupement afin d'éviter les ruptures et de promouvoir une bonne gestion des médicaments.

Outre l'équipement et les fournitures médicales, l'utilisation de divers outils de faible ou de haute technologie peut améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Le **mHealth** (technologie mobile comprenant les téléphones, les tablettes ou autres) est de plus en plus utilisé pour aider au diagnostic, à la communication, aux rappels, au suivi et à l'établissement de rapports. Lorsqu'ils sont introduits, une analyse des risques potentiels pour la sécurité doit être effectuée et des mesures de conservation doivent être prises en compte dans la planification, ainsi que les coûts permanents tels que les frais de téléphone/de connectivité. D'autres options de faible technicité sont possibles :

- Comptage des perles pour faciliter l'évaluation de la respiration rapide chez le nouveau-né ou l'enfant
- Cartes d'instructions illustrées pour les tests de diagnostic rapide
- Cartes illustrées d'éducation à la santé
- Listes de contrôle et formulaires d'enregistrement standard (formulaires de référence, registres, etc.)

6. Suivi du programme

Les ASC et les autres membres du PSC jouent un rôle important dans la collecte de données au niveau de la communauté et comblent souvent un manque d'information crucial. L'intégration des données pertinentes dans les systèmes d'information sanitaire nationaux ou locaux est essentielle pour soutenir la planification, le suivi et l'évaluation des interventions de santé publique.

Un plan de suivi praticable et axé sur les résultats est un élément clé des programmes de santé communautaire. Les éléments suivants doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un plan de suivi et du choix des indicateurs :

- Identifier et engager **les principales parties prenantes** tout au long du processus de planification, de collecte, d'analyse et de diffusion des données.
- **Aligner et intégrer les indicateurs et les rapports** avec le système national ou régional d'information sur la santé communautaire, le système d'information sur la santé du district (par exemple, DHIS2) et/ou le système intégré d'information sur la santé des réfugiés (IRHIS), ainsi qu'entre les secteurs.
- Mener des enquêtes de base et de suivi régulier pour suivre l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements des réfugiés, mesurer l'impact et adapter les programmes de santé communautaire en fonction des résultats. Dans la mesure du possible, intégrer les questions pertinentes dans d'autres enquêtes, telles que l'enquête de suivi des résultats du HCR, afin de réduire les coûts, d'éviter les doublons et la lassitude des communautés.
- Veiller à ce que le but et l'intention de **chaque indicateur** soient clairs afin de réduire le risque de surcharger les communautés et le PSC. Il faut tenir compte du temps que le personnel consacra à la collecte des données, du niveau de formation requis, de la conception des outils de collecte (numériques ou sur papier) et de la manière dont les données seront utilisées.

Les données collectées par les ASC se répartissent globalement dans les catégories suivantes, d'autres membres du PSC apportant leur contribution dans des domaines spécifiques :

- Tenue de registres sur les principales **informations démographiques** pour chaque ménage (âge, genre, grossesses, naissances, handicaps, etc.) utilisées pour la planification et la gestion quotidiennes du travail ainsi que pour les mesures de préparation et de réponse aux situations d'urgence.
- Données liées à **l'accès aux services de santé et à leur utilisation** [registre pour le suivi des soins prénatals/postnatals, statut vaccinal, lieu d'accouchement, maladies non transmissibles (MN), troubles mentaux graves, etc.] pour surveiller l'utilisation des services, retrouver les personnes perdues de vue et les référer vers d'autres services.
- **SC**, y compris le signalement et la référence des patients atteints de maladies transmissibles, les alertes en cas de suspicion d'épidémie, d'événements inhabituels, de décès (voir la **section 7.6**).
- **Retour d'information de la communauté**, y compris la satisfaction et les plaintes concernant les services de santé, ainsi que les rumeurs et la désinformation qui peuvent avoir une incidence sur les comportements de recherche de soins.
- **Rapports sur les services fournis**, tels que les séances de promotion de la santé, les références, les visites à domicile pour les mères et les nouveau-nés ou la fourniture de soins médicaux.

Il est important d'assurer la cohérence de la collecte des données entre les différents niveaux de soins et entre les partenaires et les secteurs, l'analyse régulière des données et les mesures correctives, ainsi que le retour d'information vers les communautés, y compris les ASC et les partenaires, sur les résultats du suivi, les tendances et les répercussions.

- Réfléchir à la manière dont les indicateurs communautaires seront **reliés aux données des établissements de SSP**. Une étroite collaboration entre l'équipe du PSC, les cliniciens et les points focaux chargés des rapports est cruciale pour améliorer la qualité des données, la ponctualité des rapports et leur exhaustivité.
- Étudier les possibilités de **numérisation** de la collecte, de l'agrégation et de l'analyse des données afin de réduire la charge de travail et d'améliorer la rapidité d'établissement des rapports.



© HCR/ Yonna Tukundane

- **La ventilation** des données est un moyen important de contrôler **l'équité** des activités du programme. Par exemple, la ventilation par zone géographique peut permettre d'identifier des quartiers, des villages ou des blocs de camps particuliers qui nécessitent des ressources plus ciblées. La ventilation par âge, par sexe et par statut de réfugié ou de non-réfugié est importante pour surveiller l'état de santé des différents groupes et garantir un accès équitable aux services de santé pour tous.
- Dans les programmes dont le personnel n'est pas alphabétisé, adapter les outils de collecte de données à l'aide d'illustrations.
- Les superviseurs doivent régulièrement **contrôler la qualité des données collectées**. Il s'agit notamment de s'assurer que les ASC recueillent correctement les données nécessaires et les transmettent en temps voulu.
- Assurer **l'engagement de la communauté** dans la collecte des données et mettre en place des forums pour partager les données analysées avec les ASC, les autres membres du PSC et la communauté. Envisager des tableaux d'affichage des données dans les établissements de santé, où les principales données sanitaires de l'établissement et les résumés communautaires peuvent être facilement consultés.
- Disposer d'un plan pour **la sécurité des données et le maintien de la confidentialité** des données à caractère personnel. Ceci est particulièrement important pour les sujets sensibles tels que le VIH et la divulgation de la VBG.

Voir l'*annexe 3* pour des exemples de formulaires de collecte de données et de registres pour les ASC et les superviseurs.

7. Prestation de services

Les domaines potentiels d'intervention en matière de santé communautaire sont vastes et couvrent les aspects de SSP tout au long de la vie, notamment la SSR, la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les MNT, les maladies transmissibles et les épidémies, la SMSPS et les premiers secours. Les interventions réussies, quel qu'en soit le type, reposent sur une communication efficace et des approches d'engagement communautaire.

Les services de santé sont fournis par des réseaux d'établissements de soins primaires, secondaires et tertiaires dans lesquels il peut être difficile de s'y retrouver, en particulier dans les zones urbaines où les réseaux de prestataires de services sont complexes. L'établissement d'un lien efficace entre les réfugiés et les services de santé est une fonction essentielle de toutes les interventions. **Les programmes urbains** nécessitent une attention particulière pour le partage d'informations sur la disponibilité des services, les procédures de référence et les coûts. Les tâches du PSC peuvent également consister à accompagner les patients dans les établissements et à les aider à traduire, ainsi qu'à mettre les réfugiés en contact avec les programmes de protection et d'intervention en espèces lorsque les coûts constituent un obstacle à l'accès aux services.



Les types de membres du PSC requis, leurs rôles et leurs responsabilités sont spécifiques au contexte et doivent être définis localement en fonction des principales priorités sanitaires de la population réfugiée et conformément aux approches, politiques et lignes directrices nationales. Par exemple, un faible taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié ou un taux élevé de paludisme peuvent constituer des priorités de santé publique dans certains contextes, mais pas dans d'autres. De même, les priorités en matière de santé publique - et donc les rôles et responsabilités du PSC - peuvent changer au fil du temps en fonction de la phase de l'urgence, de l'épidémiologie, de la capacité des établissements de santé et d'autres facteurs. Ces facteurs doivent être pris en compte lors de l'examen de la liste suivante d'activités potentielles.

Les programmes doivent rester flexibles pour s'adapter à la charge de morbidité. Lors de l'apparition d'une maladie transmissible, l'attention de l'ASC se portera en priorité sur les interventions de contrôle de l'épidémie.

 Les activités décrites dans la section 7 relèvent principalement de la responsabilité des ASC, sauf indication contraire.

7.1 Lutte et réponse contre les maladies transmissibles

Les épidémies de maladies transmissibles représentent un fardeau sanitaire important dans les environnements à faibles ressources, y compris dans les camps de réfugiés. Des épidémies de paludisme, de choléra, de rougeole, de COVID-19, d'hépatite A et E se produisent fréquemment dans les zones où le HCR travaille. En outre, le VIH et la tuberculose (TB) peuvent représenter un fardeau sanitaire important.

Les ASC ont démontré leur capacité à fournir un large éventail de services liés au VIH, à la TB et au paludisme de manière efficace et à moindre coût dans les domaines de la prévention, du dépistage, du traitement et des soins.²¹

7.1.1 Paludisme

Le paludisme est une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde, y compris parmi les populations réfugiées. En 2021, on estime à 247 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde et à 619 000 le nombre de décès.²²

Les mouvements de population vers des zones plus exposées au paludisme peuvent entraîner une plus grande vulnérabilité en raison d'une faible immunité. Le changement climatique est un autre élément qui devrait avoir une incidence sur la transmission du paludisme. Les activités de prévention, de traitement et de lutte contre le paludisme varient en fonction du contexte épidémiologique et des lignes directrices nationales.

Dans les situations d'urgence, les ASC soutiendront les activités de lutte contre le paludisme en mettant l'accent sur le contrôle des vecteurs et l'amélioration du diagnostic et du traitement précoces. Dans la phase de post-urgence, les activités de contrôle du paludisme s'étendront à d'autres approches préventives et seront renforcées conformément aux protocoles nationaux.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Fournir des informations sur la prévention, les signes et les symptômes du paludisme. ! Promouvoir l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticide lors des distributions et au niveau des ménages. ! Référer les patients suspectés d'avoir de la fièvre vers des établissements de santé, en accordant une attention particulière aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes. ! Poursuivre la gestion intégrée des cas communautaires (GICC) en utilisant les tests de diagnostic rapide pratiqués par les ASC avant la situation d'urgence et en référant les cas graves. 	<ul style="list-style-type: none"> + Engager la communauté sur la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, en mettant l'accent sur les moyens de surmonter les hésitations potentielles. + Promouvoir/distribuer la chimioprévention du paludisme saisonnier pour les enfants de 3 à 59 mois, la chimioprévention du paludisme pérenne pour les nourrissons et le traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes (<i>lorsque cela fait partie de la politique nationale</i>). + Promouvoir l'adoption de vaccins contre le paludisme. + Diagnostiquer, traiter et/ou référer les cas de paludisme si la GICC fait partie du champ d'application de la pratique.

7.1.2 VIH

La vulnérabilité au VIH et le risque d'infection peuvent augmenter pendant les crises humanitaires en raison de l'accès réduit ou du manque de services de prévention, de traitement et de soutien, ainsi que de la détérioration de la situation socio-économique, en particulier pour les jeunes femmes, comme la perte de leurs moyens de subsistance, et de l'augmentation des facteurs de risque tels que l'exploitation sexuelle et le viol. Parmi les autres obstacles au dépistage et au traitement figurent souvent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, les barrières structurelles pour les groupes à haut risque tels que les adolescentes/jeunes femmes et les populations clés (hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes pratiquant la vente ou l'échange de services sexuels, personnes transgenres et consommateurs de drogues injectables).

Dans la phase d'urgence, les activités liées au VIH doivent suivre les objectifs prioritaires du dispositif minimum d'urgence (DMU) (*voir la section 7.2*), en veillant à ce que les membres de la communauté sachent où ils peuvent avoir accès aux services liés au VIH et à la continuité du traitement. Dans les situations de post-urgence et prolongées, les décisions concernant les services VIH à fournir au niveau communautaire seront prises en fonction du contexte local, des ressources et de la politique de santé, et selon que le VIH est considéré comme peu généralisé, généralisé ou concentré dans des populations clés. Il est également important de comprendre les connaissances, les attitudes et les perceptions de la communauté à l'égard du VIH afin de lutter contre la stigmatisation et d'élaborer des approches programmatiques pertinentes et sensibles. Les approches du VIH menées et engagées par la communauté peuvent fournir des espaces sûrs, des actions de plaidoyer et des approches alternatives des soins pour surmonter les obstacles et peuvent inclure des actions menées par les ASC, les pairs éducateurs et d'autres groupes.

- ! Fournir des informations sur les services VIH disponibles.
 - ! Distribution de préservatifs au niveau communautaire.
- Établir un lien entre les personnes sous traitement antirétroviral (TAR) et les services de santé, y compris les femmes enceintes inscrites dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH et soutenir la distribution plurimensuelle de médicaments conformément aux protocoles cliniques et aux prescriptions médicales. L'identification devrait se faire dans le cadre d'une approche plus large visant à mettre en relation les personnes sous traitement chronique avec les services, sans nécessairement s'enquérir de maladies spécifiques, afin de surmonter les hésitations potentielles liées à la stigmatisation.

- + La CCSC sur la prévention du VIH, les signes et symptômes et l'accès aux services, y compris des approches adaptées aux adolescents/jeunes et aux populations clés, et la lutte contre la stigmatisation.
- Soutenir les activités de PTME, y compris l'éducation et l'orientation vers les tests de dépistage et l'adhésion au traitement pour la mère et le bébé, conseiller les mères sur les options d'alimentation des nourrissons et les interventions visant à réduire les risques de transmission.
- + Faciliter l'accès au dépistage, notamment par la promotion et la distribution de kits d'autotest du VIH lorsque cela fait partie de la politique nationale et après une formation appropriée ; mettre en relation et accompagner les personnes vers les centres de dépistage.
 - + Soutenir la distribution de TAR pour les personnes dont le traitement est stable, conformément aux orientations cliniques et aux plans de traitement, soutenir l'adhésion au TAR, rechercher les personnes perdues de vue.
 - + Apporter un soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH et à leurs familles.
 - + S'engager auprès des groupes de population clés qui n'utilisent pas nécessairement les services de santé formels en ce qui concerne l'information sur la santé, la promotion de l'autodiagnostic, le lien avec les services et la fourniture de préservatifs et de lubrifiants.
 - + Faciliter l'orientation vers des services de protection, de nutrition, de sécurité alimentaire, y compris les moyens de subsistance, d'éducation ou d'autres services, selon les besoins.
 - + **Les pairs éducateurs pour le VIH** peuvent en outre animer des groupes de soutien par les pairs, apporter un soutien pratique et émotionnel à leurs pairs séropositifs, reconnaître les signes d'une mauvaise adaptation et référer vers un soutien professionnel, créer et entretenir des espaces sûrs pour que les personnes vivant avec le VIH puissent se rencontrer.

7.1.3. Tuberculose (TB)

La **TB** est la première cause mondiale de mortalité due à un seul agent pathogène. La tuberculose est souvent une maladie de la pauvreté, qui touche les personnes vivant dans des lieux surpeuplés ou insalubres, mal ventilés et/ou mal nourris. Les soins communautaires pour la TB se sont avérés acceptables, efficaces et à moindre coût lorsqu'ils sont dispensés dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre la TB.

Dans les situations d'urgence, l'accent est mis sur les références des patients présumés atteints de TB vers un traitement et sur la poursuite de ce traitement. Par la suite, l'accent sera mis davantage sur la promotion de la santé, l'identification des cas et l'observance du traitement.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Identifier les patients en cours de traitement et les référer vers des établissements de santé. L'identification devrait se faire dans le cadre d'une approche plus large visant à mettre en relation les personnes sous traitement chronique avec les services, sans nécessairement s'enquérir de maladies spécifiques, afin de surmonter les hésitations potentielles liées à la stigmatisation. ! Référer les patients présumés atteints de TB. ! Soutenir l'observance du traitement, en particulier lorsque les ASC ont déjà été formés, et la sensibilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> + Sensibiliser à la prévention, aux symptômes de la TB et augmenter la demande de dépistage, de traitement et de soutien. + Identifier les personnes présentant des symptômes, notamment par la recherche active de cas, et les mettre en relation avec un traitement. + Aider les personnes à commencer, à poursuivre et à terminer le traitement de la TB, y compris le soutien à l'observance du traitement au moyen du traitement communautaire sous observation directe et la recherche des perdues de vue. + Apporter un soutien psychosocial aux patients et à leurs familles et contribuer à la réduction de la stigmatisation.

7.1.4 Autres maladies transmissibles

En cas d'épidémie, les ASC jouent un rôle dans la prévention et la protection de la santé, la réponse aux épidémies, la gestion des cas au niveau communautaire, le soutien psychosocial, la SC et la CREC. Une collaboration multisectorielle ainsi qu'une étroite collaboration avec la communauté et les agences gouvernementales et de protection civile concernées sont importantes pour une réponse bien coordonnée. Dans la phase de post-urgence, les visites aux ménages devraient adopter une approche holistique, en promouvant l'hygiène et l'assainissement, en donnant des conseils de prévention et en identifiant, traitant ou référant les maladies transmissibles courantes.



Veiller à ce que les ASC soient formés à la protection contre les infections et à ce qu'ils disposent d'un matériel de protection adéquat et approprié, y compris d'un équipement de protection individuelle (EPI), afin de pouvoir exercer leurs fonctions de manière efficace et sûre.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Diffuser des messages clés sur la prévention, les signes et les symptômes des maladies prioritaires liées à des préoccupations majeures de santé publique et sur la manière de se protéger. ! Promouvoir l'hygiène et prévenir la diarrhée, notamment par la consommation d'eau potable, l'hygiène des mains, l'utilisation et l'entretien des latrines et l'hygiène alimentaire, sont des interventions essentielles dans la plupart des situations. ! Soutenir les campagnes de vaccination de masse (par exemple, rougeole, choléra, COVID-19) par le partage d'informations, la mobilisation de la communauté et l'aide à la vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> + Utiliser l'approche holistique de la CCSC basée sur les besoins individuels des familles. + Étendre et adapter la promotion de la santé à un éventail plus large de maladies transmissibles en fonction de la situation épidémiologique. + Promouvoir les interventions pour l'EAH dans les ménages, y compris l'hygiène des mains, l'utilisation de latrines et l'élimination sans risque des matières fécales des enfants, la gestion de l'incontinence, le stockage et l'utilisation sans risque de l'eau. + Gestion communautaire des cas (par exemple, traitement à base de SRO et de zinc à domicile) et/ou référence vers d'autres services. Les opérations utilisant une approche de GICC pour les maladies infantiles auront des responsabilités supplémentaires (voir la section 7.3).

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<p>! Recherche active de cas et référence, recherche des contacts pendant les épidémies et suivi, ainsi que soutien aux personnes qui s'isolent ou sont en quarantaine.</p>	<p>+ Mobiliser les responsables et les organisations communautaires dans la préparation et la réponse aux épidémies (voir l'encadré 5), notamment par le biais de groupes de travail communautaires.</p> <p>+ Les maladies tropicales négligées telles que l'onchocercose, la lèpre et la filariose lymphatique peuvent être une priorité dans certains contextes, les actions clés des ASC comprenant l'éducation sanitaire sur les symptômes et les mesures de prévention, le dépistage et la surveillance ou la chimioprophylaxie de masse conformément aux politiques et lignes directrices nationales de contrôle.</p>

Encadré 5 : COVID-19 et le PSC

La pandémie de **COVID-19** a eu une incidence considérable sur tous les niveaux de prestation de services de santé dans le monde. Tout au long de la pandémie, le PSC a joué un rôle important dans la prévention et la réponse aux épidémies, notamment en matière de CREC, de recherche des contacts, de gestion des cas, d'aide aux campagnes de vaccination de masse et de soutien aux familles isolées ou en quarantaine. Les ressources clés sur la manière d'adapter en toute sécurité les rôles du PSC pendant la pandémie, ainsi que sur les domaines importants d'intervention communautaire, comprennent [Les soins communautaires dans le cadre de la COVID-19 \(OMS/UNICEF/FICR\)](#) et [Les communautés s'impliquent - Soutenir le leadership communautaire dans la réponse à la pandémie de COVID-19 \(HCR, 2020\)](#).

7.2 Santé sexuelle et reproductive (SSR)

Dans le contexte des SSP, la SSR comprend des services tels que la planification familiale et la contraception, les soins prénatals, obstétricaux et postnatals, l'avortement complet et les soins post-avortement, la prévention et le traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus (et d'autres cancers de la reproduction), ainsi que la prévention et la gestion clinique de la VBG. Les activités de santé communautaire peuvent améliorer l'accès et l'acceptabilité de ces services destinés à sauver des vies, en gardant à l'esprit les besoins spécifiques des adolescents, des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, des personnes handicapées, des personnes vivant avec le VIH et des personnes ayant des orientations sexuelles, des identités et des expressions de genre différentes.

Phase d'urgence

Dans les situations d'urgence, la mise en œuvre du [dispositif minimum d'urgence \(DMU\)](#) pour la SSR est une priorité. Le DMU est un ensemble de services et d'activités prioritaires en matière de SSR qui doit être mis en œuvre dès le début d'une situation d'urgence humanitaire afin de prévenir la morbidité et la mortalité excessives liées à la santé sexuelle et reproductive. Les objectifs du DMU (voir l'encadré 6) devraient guider les actions prioritaires des ASC et des autres membres du PSC.



© HCR/ Kamrul Hasan

Encadré 6 : objectifs du DMU

1. Veiller à ce que le secteur/cluster santé désigne une organisation chargée de diriger la mise en œuvre du DMU
2. Prévenir les violences sexuelles et répondre aux besoins des survivants
3. Prévenir la transmission du VIH et d'autres IST et réduire la morbidité et la mortalité dues à ces maladies
4. Prévenir la surmortalité et la surmorbidité maternelles et néonatales
5. Prévenir les grossesses non désirées
6. Prévoir des services complets de SSR dès que possible

Post-urgence et situations prolongées

Dans les situations de post-urgence et prolongées, une approche plus **complète de la SSR**, renforçant les services communautaires et les services en établissement, devrait être mise en œuvre en se concentrant sur une approche du cycle de vie, en mettant l'accent sur l'intégration avec les systèmes nationaux (voir la **figure 1**). Il peut s'agir d'activités de promotion de la santé, de prévention et de soins, menées dans le cadre de visites à domicile, de séances d'éducation dans les établissements de santé et de séances de groupe. Les activités relatives à la gestion de l'hygiène menstruelle (partage d'informations, distribution de matériel) et à l'incontinence (y compris la fistule) devraient être intégrées systématiquement et menées en coopération avec le secteur de l'EAH et d'autres secteurs. Le développement de rôles de pairs éducateurs et l'engagement des AT dans un travail non clinique (voir la **section 3.1**) pour compléter les rôles des ASC peuvent être utiles dans certains contextes.

Figure 1 : Interventions communautaires dans le domaine de la santé et de la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Santé des adolescents et des femmes	Grossesse	Travail et accouchement	Postnatal / néonatal	Santé et nutrition de l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> • SSR des adolescents • Planification familiale • Prévention et réponse à la violence basée sur le genre 	<ul style="list-style-type: none"> • Lien avec les soins prénatals dans un établissement de santé • Visites à domicile pour les femmes enceintes • Plan de préparation à l'accouchement • Groupes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence et soutien pour les accouchements en établissement • Prévention de l'HPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence vers des soins postnatals dans un établissement de santé • Soins essentiels aux nouveau-nés à domicile • Groupes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion communautaire des maladies infantiles • Dépistage nutritionnel, référence • Promotion de l'ANJE

Santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA)

Les adolescents sont confrontés à de nombreux obstacles dans l'accès aux services de SSR, en particulier dans les situations humanitaires. Les services des établissements de santé peuvent ne pas être adaptés aux adolescents, et les politiques et lois locales en matière de santé peuvent restreindre l'accès à des services tels que les contraceptifs ou les soins d'avortement sans risque. La stigmatisation et les croyances socioculturelles restrictives concernant l'activité sexuelle peuvent encore restreindre l'accès.

Les services de santé à base communautaire, qui font partie d'un programme global de SSRA, ont l'avantage d'impliquer ce groupe important par le biais de différents points d'entrée et approches (par exemple, par le biais de l'école, de groupes religieux, sportifs ou sociaux, ou liés à des initiatives de moyens de subsistance). Il convient de noter que les adolescentes enceintes sont plus exposées aux complications de l'accouchement, à la mortalité maternelle, au faible poids de naissance et à la prématurité, et qu'elles ont besoin d'un soutien supplémentaire pour reconnaître les signes de danger et planifier la préparation à l'accouchement par l'intermédiaire des prestataires de soins de santé officiels.

Planification familiale et contraceptifs

Les ASC et d'autres cadres communautaires (tels que les distributeurs communautaires et les pairs éducateurs) peuvent améliorer les connaissances et les attitudes à l'égard de la planification familiale, accroître l'utilisation des contraceptifs et réduire les taux de fécondité d'une manière efficace par rapport aux coûts.²³ **Les services communautaires de planification familiale** peuvent lever les obstacles géographiques, financiers et sociaux qui peuvent limiter l'utilisation des contraceptifs et combler le fossé entre les individus et les services cliniques.

Grossesse, accouchement et soins postnatals/néonataux

Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont les plus élevés dans les États fragiles et ceux qui traversent une crise humanitaire. Cela peut être dû à un accès insuffisant aux services qui sauvent des vies, à une disponibilité limitée de personnel qualifié et de services de qualité, à un accès perturbé aux services de routine et d'urgence, en particulier pendant la phase d'urgence, ainsi qu'à d'autres obstacles individuels, socioculturels et structurels. Il est prouvé que les **visites à domicile** par les ASC sont efficaces pour réduire la mortalité maternelle et néonatale en améliorant la connaissance des pratiques essentielles et en améliorant l'utilisation des services de santé.²⁴ Il est important que les hommes et les membres plus âgés de la famille, en tant que gardiens essentiels, soient inclus dans toutes les activités de promotion de la santé.

Les AT, en tant que membres respectés de la communauté, peuvent jouer un rôle important dans le soutien de la santé maternelle et néonatale. Les femmes peuvent préférer les soins des AT en raison des soins culturellement appropriés qu'elles fournissent, en particulier dans les contextes où il existe des obstacles à l'accès au personnel qualifié pour les accouchements ou lorsque la qualité des soins dans les établissements de santé est perçue comme médiocre. Les AT peuvent être mobilisées et formées à nouveau²⁵ dans des rôles non cliniques afin de promouvoir l'utilisation de personnel qualifié pour les accouchements, de rechercher des soins prénatals et postnatals dans les établissements de santé, d'accompagner la femme dans l'établissement de santé et de fournir un soutien social continu pendant l'accouchement en présence d'un personnel qualifié pour les accouchements, parmi d'autres activités de promotion de la santé.

Encadré 7 : visites à domicile pour les nouveau-nés

Les trois quarts des décès néonataux ont lieu au cours de la première semaine de vie et la moitié de ces décès surviennent à domicile.²⁶ Il a été démontré que les visites à domicile au cours de cette première semaine critique réduisent la mortalité néonatale,²⁷ les interventions de soins à domicile permettant de prévenir 30 à 60 % des décès de nouveau-nés dans les régions à forte mortalité. En plus des visites pendant la grossesse, l'OMS recommande un calendrier **de visites structurées à domicile** dans les 24 heures suivant la naissance, après 48 à 72 heures, entre le 7^e et le 14^e jour et une 4^e visite après 6 semaines, avec des visites supplémentaires pour les nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance.²⁸ Les actions clés comprennent l'éducation des familles sur les pratiques essentielles de soins aux nouveau-nés telles que l'allaitement maternel précoce et exclusif, le séchage immédiat, le contact peau à peau et d'autres soins thermiques, les pratiques d'hygiène et de soins du cordon (y compris la distribution de gluconate de chlorhexidine à 7,1 % dans les régions à forte mortalité maternelle [>30] où les accouchements à domicile sont fréquents et où des substances nocives sont administrées au moignon **lorsque cela fait partie de la politique nationale**), l'importance de la vaccination et des visites postnatales dans les cliniques, et l'identification et l'éducation des signes de danger pour le nouveau-né et pour la mère. Les ASC peuvent également identifier les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale et les référer vers des soins supplémentaires, et soutenir les soins maternels de type kangourou à domicile.

Ces dernières années, les opérations du HCR en Jordanie, au Kenya, au Sud-Soudan, au Cameroun, au Tchad, au Niger et au Bangladesh ont mis en place des visites structurées à domicile pour les nouveau-nés, en adaptant le kit de l'OMS sur les soins au nouveau-né à domicile. Dans le cadre de la mise en œuvre, les partenaires ont établi des calendriers de visites à domicile et structuré le contenu des visites ; ils ont organisé des formations à l'intention des ASC ; ils ont fourni l'équipement et les fournitures supplémentaires nécessaires ; et ils ont adapté les aides pédagogiques illustrées au contexte local. Dans certains contextes, les ASC ont également soutenu le déploiement des soins maternels de type kangourou dans les établissements de santé, les ASC étant formés pour apporter un soutien supplémentaire aux familles qui poursuivent les soins maternels de type kangourou à domicile.

Phase d'urgence

- ! Veiller à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de l'emplacement des services de SSR.
- ! Soutenir la mise en place d'un système de référence communautaire lorsque celui-ci constitue un obstacle à l'accès aux établissements de santé.
- ! Distribuer des préservatifs ainsi que d'autres méthodes contraceptives à courte durée d'action lorsque celles-ci étaient déjà pratiquées avant la situation d'urgence.
- ! Soutenir la poursuite du traitement pour les personnes sous TAR par la distribution communautaire aux patients stables et le soutien à l'observance.
- ! Promouvoir le recours à du personnel qualifié pour les accouchements et la recherche de soins, en particulier pour l'accouchement, dans les établissements de santé.
- ! Distribuer les principales fournitures vitales pour la mère et le nouveau-né, y compris des kits d'accouchement propres et des fournitures essentielles pour les soins aux nouveau-nés, lorsqu'il n'est pas possible d'accéder à un établissement et conformément aux protocoles nationaux.

Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)

- + Former les **ASC** à la SSR des adolescents, y compris à une attitude ouverte et sans jugement, au respect de la vie privée et de la confidentialité dans leurs interactions avec les adolescents.
- + Fournir des informations ciblées et adaptées à l'âge par l'intermédiaire des écoles, des espaces conviviaux pour les adolescents et d'autres lieux.
- + **Les pairs éducateurs** peuvent être utilisés pour fournir des informations sur les services et référer les patients, fournir des conseils ou un soutien sur des sujets clés (sexualité, contraceptifs, VIH et IST, relations saines) et soutenir la mise en place d'une éducation sexuelle complète dans les écoles. Il est recommandé de faire appel à des pairs éducateurs pour soutenir les adolescents vivant avec le VIH.
- + **Assurer la coordination avec** les services de protection, les services éducatifs, psychosociaux et communautaires destinés aux adolescents et aux jeunes, notamment en ce qui concerne la prévention des mariages d'enfants, et les **référer** vers ces services.

DMU

SSRA

Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)

Planification familiale et contraception

- + Augmenter la demande de contraceptifs par l'intermédiaire de la CCSC, y compris l'engagement avec les responsables communautaires.
Fournir des conseils sur le choix éclairé et fournir directement des contraceptifs auto-administrés tels que des préservatifs, des pilules, des injections depo (AMPR en auto-injection sous-cutanée) et des contraceptifs d'urgence, conformément aux politiques nationales. Cette méthode est particulièrement adaptée dans les contextes où la disponibilité ou l'accès aux services en établissement est limité en raison du mauvais fonctionnement des établissements de santé, de la géographie, de problèmes de sécurité ou de barrières socioculturelles.
- + Référer vers des établissements de santé (y compris pour les méthodes à longue durée d'action et les méthodes permanentes).

Grossesse, accouchement et soins postnatals/soins néonataux

- + Promouvoir les services prénatals, postnatals et d'accouchement par du personnel qualifié dans les établissements de santé et faciliter la référence des patients.
Conseiller sur la **nutrition maternelle** avant et pendant la grossesse et l'allaitement ; distribution de suppléments oraux (tels que le fer et l'acide folique) ; lien avec les programmes d'alimentation complémentaire pour les femmes enceintes et allaitantes ; dépistage de la malnutrition pendant la grossesse à l'aide de la mesure du périmètre brachial.
- + Soutenir les familles dans l'élaboration d'un **plan de naissance et en cas d'urgence**. Augmenter la fréquence des visites à domicile au cours du **dernier mois de grossesse** pour soutenir l'accouchement en établissement, la préparation et la planification des naissances.
- + **Engager les responsables de la communauté** pour encourager et soutenir les accouchements dans les établissements de santé, en particulier dans les contextes où les accouchements à domicile sont fréquents.
- + Soutenir la distribution anticipée de misoprostol pour prévenir les hémorragies du post-partum²⁹ (*lorsque cela fait partie de la politique nationale*).
- + Effectuer des visites structurées à domicile pendant la grossesse et la première semaine de vie pour promouvoir **les soins essentiels aux nouveau-nés à domicile** (voir l'**encadré 7**).
- + Identifier et référer **les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale** ; aider les familles dont les nouveau-nés présentent une insuffisance pondérale stable à prodiguer des soins maternels de type kangourou à domicile.
- + Soutenir l'allaitement dans le cadre d'une stratégie multisectorielle plus large en matière d'ANJE et aider les femmes à accéder au soutien à l'allaitement **dans la communauté**.
- + Faciliter ou **promouvoir les groupes de soutien** tels que les groupes de soutien entre mères.

7.3 Santé et nutrition de l'enfant

Les enfants représentent une grande partie des populations réfugiées et les enfants de moins de cinq ans font partie des groupes les plus vulnérables dans les situations humanitaires. Les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde sont les maladies infectieuses, notamment la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, ainsi que les causes néonatales. Les facteurs liés à la nutrition sont à l'origine d'environ 45 % des décès dans ce groupe et la forte prévalence de la malnutrition aiguë et chronique est préoccupante dans certains contextes de réfugiés. Chez les enfants plus âgés, les accidents et les blessures, en particulier les noyades et les accidents de la route, sont les principaux facteurs de mortalité et de morbidité.³⁰ Les enfants vivant dans des situations fragiles et touchées par des conflits sont particulièrement vulnérables, avec un taux de mortalité trois fois plus élevé que dans tous les autres pays.³¹

Dans les situations d'urgence, les approches initiales doivent être axées sur les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (voir la **section 7.1**). Dans la phase de post-urgence, les visites à domicile devraient adopter une approche holistique, en promouvant une nutrition adéquate, l'assainissement des ménages, des conseils sur la prévention, l'identification, le traitement ou les références des maladies infantiles courantes.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Reconnaître et conseiller les parents sur les signes de danger de la maladie, promouvoir la recherche de soins en temps utile dans les établissements de santé. ! Conseiller les familles sur les lieux où elles peuvent obtenir des soins pour leur enfant malade et référer les enfants malades vers les services de santé. ! Soutenir les campagnes de vaccination de masse et la vaccination de routine. ! Promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie. <p>Lorsque la prévalence de la MAG est supérieure à 10 %, donner la priorité à l'identification et à la référence des enfants souffrant de malnutrition aiguë (en utilisant le PB au niveau communautaire) et au traitement en coordination avec le secteur de la nutrition.</p> <p>Relier les enfants à risque (orphelins, enfants non accompagnés) aux services de protection de l'enfance.</p> <p>Adapter et maintenir une approche de gestion de cas communautaire là où elle existe déjà (voir l'encadré 8).</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Promouvoir les vaccinations de routine, contribuer à l'identification et à la cartographie des enfants non vaccinés et sous-vaccinés, assurer le suivi de l'état vaccinal et rechercher les perdus de vue. + Fournir et/ou conseiller les parents sur les soins à domicile pour les maladies (par exemple, l'adhésion au traitement, la poursuite de l'alimentation, l'utilisation de paracétamol et de SRO, les signes de danger et le moment où il faut consulter, etc.). + Améliorer l'ANJE par la sensibilisation, la promotion et le soutien de l'initiation précoce et de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins deux ans et au-delà, et conseiller les familles sur l'introduction d'aliments complémentaires en fonction de l'âge. + Dans le cadre d'une approche de gestion communautaire de la malnutrition aiguë, identifier et référer les cas de malnutrition aiguë au niveau des ménages et les référer vers les services de nutrition ; aider à retrouver les perdus de vue du programme de nutrition et effectuer des visites à domicile pour les enfants qui ne se développent pas. + Prévenir et traiter les carences en micronutriments en participant à des campagnes de masse telles que le déparasitage, la supplémentation en vitamine A, l'identification systématique et l'orientation des personnes présentant des symptômes de carence en micronutriments. + Prévenir le surpoids et l'obésité par la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique sur le site.

Encadré 8 : gestion communautaire des cas

La gestion communautaire des cas implique le diagnostic et le traitement ou la référence des maladies infantiles courantes par un ASC. La **gestion intégrée des cas communautaires (GICC)** des maladies infantiles est un ensemble de soins pour l'évaluation et le traitement de la diarrhée, de la pneumonie et du paludisme, ainsi que pour l'évaluation des signes de maladie grave (dysenterie, pneumonie et paludisme graves, et malnutrition aiguë sévère) chez les enfants malades âgés de deux mois à cinq ans et leur référence. La GICC est recommandée dans les contextes où l'accès aux structures de santé primaire ou leur disponibilité sont insuffisants. Compte tenu des composantes diagnostiques et curatives de la GICC, il est important de garantir une chaîne d'approvisionnement solide, une supervision formative, une formation et un mentorat de la part des prestataires de soins de santé. Les programmes de GICC déjà établis devraient être maintenus et/ou adaptés pendant les crises humanitaires.

7.4 Maladies non transmissibles (MNT)

Les MNT sont la principale cause de décès et d'invalidité dans le monde, 77 % des décès dus aux MNT se produisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires et le diabète représentent plus de 80 % de l'ensemble des décès prématurés dus aux MNT.³²

De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire sont confrontés à un **double fardeau**, celui des maladies transmissibles et celui des MNT, et les crises prolongées augmentent la nécessité d'une prise en charge intégrée des MNT dans les opérations de réfugiés.

Encadré 9 : MNT prioritaires dans les flux de réfugiés

- Maladies cardiovasculaires (y compris l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux)
- Hypertension
- Asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive
- Diabète sucré

En cas d'afflux de réfugiés, les priorités communautaires en matière de santé pour les MNT devraient être axées sur le soutien à la continuité des soins pour les personnes sous traitement médicamenteux et sur l'orientation vers une prise en charge aiguë des **affections prioritaires**, en particulier celles qui nécessitent des soins vitaux et des soins aigus. Dans le contexte **des épidémies de maladies transmissibles** qui peuvent entraîner des restrictions de mouvement (par exemple, la **COVID-19**), les ASC jouent un rôle clé dans l'engagement communautaire, notamment en apportant un soutien ciblé aux populations à haut risque telles que les patients atteints de MNT, en promouvant des mesures préventives et en aidant à délivrer des médicaments aux patients à risque.

Dans les situations de post-urgence et prolongées, les ASC se concentreront de plus en plus sur la *prévention des MNT* tout au long de la vie, en particulier en ce qui concerne la promotion et le soutien d'une alimentation saine, de l'activité physique et de la réduction de la consommation nocive d'alcool, de tabac et de drogues. Les messages de promotion de la santé doivent être adaptés au contexte local, en gardant à l'esprit que la prise en charge des MNT au niveau des soins primaires peut être limitée, que les choix alimentaires peuvent être restreints et que les possibilités d'exercice physique peuvent également être affectées en raison des problèmes de sécurité ou des limites culturelles à l'exercice en plein air, en particulier pour les femmes.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Soutenir le continuum de soins pour les personnes sous traitement médicamenteux en fournissant des informations sur les services disponibles et en les référant. ! Référer les personnes vers des établissements de santé pour la prise en charge des affections prioritaires (voir l'encadré 9), en particulier celles qui nécessitent des soins vitaux et des soins aigus. ! Favoriser le renouvellement des médicaments pour les patients dont l'état de santé est stable. ! Identifier et référer les membres de la communauté souffrant de maladies chroniques ou de handicaps qui ont besoin d'un soutien supplémentaire en matière de protection, d'hébergement, d'EAH ou d'autres services. 	<ul style="list-style-type: none"> + Assurer la liaison entre le personnel clinique et les personnes atteintes de MNT et renforcer la continuité des soins par le suivi des patients dans la communauté. + Suivi de l'évolution des patients, notamment de la glycémie et de la tension artérielle, de l'observance du traitement et de l'apparition de complications lors des visites à domicile. + Sensibiliser la communauté à la prévention, aux signes et symptômes et aux soins des MNT. + Utiliser les approches de la santé en ligne pour les rappels de rendez-vous et les messages de santé. + Promouvoir une alimentation saine, l'activité physique et la réduction de la consommation de substances nocives.



© HCR/Will Swanson

7.5 Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)

L'expression « santé mentale et soutien psychosocial » désigne tout type de soutien visant à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial ou à prévenir ou à traiter les problèmes de santé mentale. Cela comprend les problèmes interpersonnels, la détresse émotionnelle, les troubles mentaux courants (tels que la dépression et le stress post-traumatique), les troubles mentaux graves (tels que la psychose), l'abus d'alcool et d'autres substances, l'épilepsie et les déficiences intellectuelles. Les communautés déplacées, en particulier celles qui ont fui des situations de conflit, présentent une prévalence accrue de problèmes de santé mentale et de problèmes psychosociaux en raison des expériences négatives et des pertes subies pendant le déplacement, des difficultés économiques, de la perturbation des systèmes sociaux de soutien et des inquiétudes pour l'avenir.

Le HCR promeut une « approche de la SMSPS » intégrée, envisageant des actions de SMSPS dans tous les secteurs et toutes les activités. Au niveau communautaire, les activités de la SMSPS sont étroitement liées à la fois à la santé et à la protection communautaire, et les activités des travailleurs de proximité de ces secteurs doivent donc être étroitement coordonnées. Voir l'*encadré 10* pour de plus amples informations sur les cas où il convient d'envisager un rôle distinct pour les travailleurs de la SMSPS.

Phase d'urgence

Lors d'une situation d'urgence, le travail des ASC lié à la SMSPS peut porter sur les premiers secours psychologiques et la mise en relation des personnes avec les services. Dans **les phases de post-urgence et prolongées**, les actions liées à la SMSPS doivent se concentrer sur l'autonomisation de la communauté, le développement de l'autonomie, le renforcement des liens avec les systèmes de soins environnants dans la communauté et l'aide au maintien ou à la revitalisation des systèmes de soutien positifs ou des stratégies que les populations réfugiées utilisaient avant le déplacement.

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Identifier, référer en toute sécurité et aider les personnes en détresse émotionnelle ou présentant un comportement difficile. ! Fournir aux survivants de la violence basée sur le genre des informations centrées sur le survivant (où obtenir des services d'intervention et à quoi s'attendre) et les référer. ! Faciliter la référence entre les services de santé et les services de protection ou communautaires. ! Lors de l'apparition d'une maladie transmissible (par exemple, COVID-19, Ebola), fournir des informations spécifiques à la maladie sur la gestion du stress et les modes d'adaptation sains. ! Fournir les premiers secours psychologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> + Identifier les personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou graves et d'épilepsie, en particulier les plus vulnérables d'entre elles, et les mettre en relation avec les établissements de santé et les autres services disponibles. + Identifier les personnes souffrant de troubles mentaux courants (tels que la dépression et le stress post-traumatique) et les mettre en relation avec des prestataires d'interventions psychologiques.³³ + Assurer le suivi et le soutien à domicile des personnes souffrant d'une maladie mentale diagnostiquée (observance du traitement ; mise en place d'un environnement de soutien à domicile). + Sensibiliser la communauté aux problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'épilepsie et fournir des informations sur le moment et l'endroit où chercher de l'aide. + Soutenir et référer vers des programmes communautaires visant à réduire la consommation nocive d'alcool ou de drogues.

Encadré 10 : quand envisager un rôle distinct pour les travailleurs de la SMSPS

Bien que tous les travailleurs de proximité, y compris les ASC, doivent recevoir une formation sur les bases de la SMSPS (comme les premiers soins psychologiques), dans certains contextes, il peut être envisagé de créer un poste distinct de travailleur de la SMSPS. Un travailleur de la SMSPS aura plus de connaissances et, en plus des interventions énumérées ci-dessus, pourra fournir des interventions psychologiques brèves après avoir été formé, animer des groupes de soutien pour des groupes de patients spécifiques et fournir un soutien supplémentaire aux personnes en deuil, sous la supervision clinique d'un professionnel de la santé mentale. Ce poste spécialisé peut être envisagé dans ces différents cas de figure :

- La population cible importante (>50 000) dans des camps où les activités de santé mentale sont bien développées et intégrées dans les établissements de santé généraux, avec des cliniciens (tels que des infirmiers psychiatriques) disponibles pour la formation et la supervision clinique, **OU**
- Les populations urbaines difficiles à atteindre et présentant des problèmes de protection importants (par exemple, LGBTQ+, personnes victimes de la traite), **OU**
- Un partenaire autonome pour la SMSPS est présent et dispose de ressources financières et humaines suffisantes pour former et superviser les travailleurs de la SMSPS, avec un système référence fonctionnel vers des soins de niveau supérieur.

7.6 Surveillance communautaire (SC)

La surveillance communautaire est « la détection et le signalement systématiques d'événements importants pour la santé publique au sein d'une communauté, par les membres de la communauté ».³⁴ Les systèmes de SC doivent être intégrés dans une structure de surveillance formelle, être exploitables et opportuns, et disposer de mécanismes de rapport et de retour d'information bien définis.

La normalisation des SC est actuellement limitée et les pratiques de mise en œuvre varient d'un pays à l'autre. La SC comprend généralement des rapports sur les maladies à risque épidémique et/ou à déclaration obligatoire, les décès au sein de la communauté, les rumeurs et les événements inhabituels (voir l'**encadré 11**). Les points focaux de la SC dans la communauté peuvent être n'importe quel membre acceptable de la communauté (y compris les ASC, les responsables de communauté, les accoucheuses traditionnelles, etc.), mais ce sont souvent les ASC qui sont chargés de cette tâche. La collecte et l'analyse des données doivent faire partie d'une approche plus large de surveillance et de suivi de la santé, étroitement coordonnée avec les structures et systèmes gouvernementaux concernés, et alimenter l'IRHIS, les systèmes d'information sur la santé communautaire et, le cas échéant, le système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS).

Encadré 11 : les maladies prioritaires à inclure dans la SC seront déterminées au niveau local, mais devraient répondre aux critères suivants³⁵

- Avoir un impact potentiel élevé sur la santé publique (par exemple, taux de létalité élevé, incidence ou prévalence élevée, degré d'infectiosité), **ET**
- Il existe des interventions efficaces pour interrompre la transmission rapidement et tôt, **ET**
- Le point focal de la SC peut identifier l'affection suspectée sur la base de définitions de cas communautaires standard (simplifiées).

Les principales responsabilités d'un point focal de la SC (ASC ou autre) sont les suivantes :³⁶

- ✓ Recueillir des données, référer les patients et notifier en temps utile l'apparition de cas inattendus ou inhabituels de maladie ou de décès.
- ✓ Signaler les décès dans la communauté et participer aux entretiens sur les causes de décès dans la communauté et aux audits verbaux afin de déterminer les causes présumées de décès (le cas échéant).
- ✓ Faire participer les responsables locaux à la description des événements et des tendances de la maladie au sein de la communauté.
- ✓ Soutenir les travailleurs de la santé lors de l'enquête sur l'épidémie et de la recherche des contacts.
- ✓ Participer à la cartographie des risques potentiels et à la formation, y compris les exercices de simulation.
- ✓ Participer aux activités de réponse, y compris les soins communautaires ou à domicile, la CREC pendant l'épidémie.
- ✓ Fournir un retour d'information à la communauté sur l'évaluation de l'épidémie ou de l'événement.

Surveillance de la mortalité et réponse

Dans le cadre de la surveillance communautaire, la collecte de données sur la mortalité constitue un indicateur essentiel de l'état de santé général d'une population et peut aider à estimer la gravité d'une crise, l'efficacité de la réponse et, idéalement, contribuer à prévenir des décès similaires à l'avenir. Cela est particulièrement important lorsqu'une grande partie des décès survient en dehors d'un établissement de santé.

Les actions clés liées à la surveillance communautaire de la mortalité sont les suivantes :

- La mobilisation et l'engagement de la communauté pour s'assurer qu'elle comprend l'importance du partage des informations sur la mortalité et qu'elle contribue à établir des canaux de notification et de communication appropriés au niveau local.
- Les responsables de communautés, les chefs religieux, les ASC, les responsables de cimetières ou de lieux de crémation et les autres acteurs concernés doivent être mobilisés pour maximiser l'identification des décès au sein de la communauté.

- Les données communautaires sur la mortalité doivent être triangulées avec les sources basées dans les établissements et incluses dans le registre central de la mortalité.
- Les superviseurs de ASC et/ou le personnel clinique devraient suivre régulièrement les cas de mortalité, en particulier dans les zones géographiques qui signalent des taux de mortalité anormalement élevés ou bas.

Les décès maternels et néonataux requièrent une attention particulière. Sous la direction de l'établissement de soins de santé primaires et des autorités désignées, les décès maternels et néonataux au sein de la communauté peuvent faire l'objet d'une enquête à l'aide d'une approche d'audit verbal ou d'un entretien sur la cause du décès au sein de la communauté avec les membres de la famille ou d'autres personnes de la communauté qui se sont occupées de la personne décédée au moment du décès ou à un moment proche de celui-ci. La participation de la communauté peut fournir des informations plus précises sur le nombre de décès, le lieu où ils se sont produits et certains des facteurs qui ont contribué à ces décès. Voir l'*annexe 2* pour des exemples de formulaires de déclaration de mortalité et de registres.

7.7 Premiers secours communautaires

Les premiers secours sont l'assistance immédiate apportée à une personne malade ou blessée jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être obtenue. Elle comprend la prise en charge des maladies ou des blessures physiques ainsi que le soutien psychosocial initial des personnes en détresse émotionnelle. Le rôle des ASC (ou d'autres membres de la communauté ayant reçu une formation) en matière de premiers secours peut inclure :

Phase d'urgence	Phase de post-urgence (y compris tous les éléments de la phase d'urgence)
<ul style="list-style-type: none"> ! Après la formation, fournir les premiers soins de base en utilisant une approche structurée pour les blessés, y compris les soins de base pour les brûlures, les saignements et les plaies, l'étouffement et les soins de base en réanimation. ! Fournir des informations sur les services d'urgence et les plans de transport d'urgence. ! Aider à organiser le transport d'urgence et accompagner le patient jusqu'à l'établissement de santé. ! Apporter les premiers secours psychologiques (voir la section 7.5). 	<ul style="list-style-type: none"> + Aider la communauté à élaborer un plan d'intervention en cas d'urgence, y compris en matière de transport et de communication. <p>Fournir une éducation familiale et communautaire sur la prévention : préparation aux urgences et aux accidents ; accès aux services d'urgence et aux plans de transport d'urgence ; sensibilisation aux risques et dangers spécifiques au contexte tels que l'instabilité des infrastructures ou le risque de blessure lors de tentatives de sauvetage ; mines terrestres ; risques d'incendie ; noyades, etc.</p>

Annexes et références

Annexe 1

Intégration intersectorielle des rôles de sensibilisation de la communauté

Contexte	Tâches du travailleur de proximité dans le domaine de la nutrition	Tâches des ASC
MAG > 10 %	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile comprenant le dépistage du périmètre brachial (PB), la promotion de l'ANJE • Relier les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les mères allaitantes aux programmes de nutrition • Visite à domicile pour le suivi des enfants malnutris qui ne se développent pas, recherche des perdus de vue • Réunions de groupes restreints ou de communautés sur des sujets liés à la nutrition, y compris des activités de groupes spécialisés, par exemple des groupes de soutien aux mères • Soutenir les campagnes de masse (dépistage de masse avec le PB, déparasitage, vitamine A) • Formation et suivi des mères sur le PB familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'initiation précoce et de l'allaitement maternel exclusif dans le cadre des activités de SSR - Référence des enfants et des femmes enceintes/allaitantes qui ne sont pas enrôlés dans les programmes de nutrition • Les ASC peuvent couvrir les activités décrites pour le travailleur de proximité dans le domaine de la nutrition en tant que stratégie alternative. Des ajustements du ratio des ASC devront être envisagés pour tenir compte de l'augmentation de la charge de travail
MAG < 10 %	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de groupe spécialisées, par exemple groupes de soutien aux mères • Visite à domicile pour le suivi des enfants malnutris qui ne se développent pas 	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile selon une approche holistique de la santé, de l'hygiène et de la nutrition et diffuser des messages ciblés sur la base d'une évaluation y compris : <ul style="list-style-type: none"> - Information, éducation et communication en matière de nutrition et sensibilisation aux services disponibles, y compris la référence vers des programmes de nutrition appropriés - Conseils et promotion de l'ANJE, dépistage par le PB et référence - Recherche des perdus de vue - Visite à domicile pour le suivi des enfants malnutris qui ne se développent pas (lorsqu'il n'y a pas d'agent nutritionnel) - Réunions de petits groupes/de la communauté sur des sujets liés à la nutrition et au soutien à l'allaitement - Soutenir les campagnes de masse (dépistage de masse par le PB, déparasitage, vitamine A) et le suivi de la croissance

Nutrition



Contexte	Tâches du travailleur de proximité dans le domaine de l'EAH/promoteur de l'hygiène	Tâches des ASC
<p>Nouvelles urgences</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Messages clés sur la promotion de l'hygiène et la prévention de la diarrhée - Prise en charge des cas (par exemple, fourniture de SRO) ; référence vers des établissements de santé • Surveillance communautaire
<p>Foyers de maladies transmissibles <i>(par exemple, le choléra)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des ménages – messages diffusés conjointement avec les ASC, axés sur la désinfection et la salubrité de l'eau • Mobilisation de la communauté pour améliorer l'accessibilité et l'utilisation des installations d'EAH <ul style="list-style-type: none"> - Conception et promotion de l'utilisation des latrines - Création et fonctionnement des comités de l'eau - Gestion des points d'eau, y compris leur fonctionnalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'hygiène - Informations spécifiques sur la prévention et le traitement des maladies - Prise en charge communautaire (par exemple, fourniture de SRO, de zinc) ou référence des cas suspects • Activités spécialisées <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des patients et des ménages, envoi de messages et gestion des cas au niveau communautaire, identification d'autres patients potentiels, recherche de contacts - Promotion de la santé/de l'hygiène par le biais d'autres médias/canaux responsables communautaires, radio, SMS, affiches, mégaphones, théâtre) - Soutien aux campagnes de vaccination de masse - Gestion des points SRO communautaires • Surveillance communautaire
<p>Situation stable</p>	<p>Tâches du travailleur de proximité dans le domaine de l'EAH/promoteur de l'hygiène</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tâches spécialisées : <ul style="list-style-type: none"> - Engagement/mobilisation des communautés dans la conception et la construction des installations d'EAH - Mise en place et engagement du comité de l'eau - Gestion du matériel et des points d'eau 	<p>Tâches EAH : rôle intégré des ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les visites à domicile adoptent une approche holistique de la santé, de l'hygiène et de la nutrition et fournissent des messages ciblés sur la base d'une évaluation <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la situation en matière d'hygiène et d'EAH au niveau des ménages - Communication sur le changement de comportement au niveau des ménages, promotion de l'hygiène, messages de prévention de la diarrhée - Prise en charge communautaire de la maladie (par exemple, fourniture de SRO) • Surveillance communautaire



Contexte	Tâches du travailleur de proximité de la SMSPS	Tâches des ASC
Nouvelles urgences	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des premiers secours psychologiques (PSP) aux personnes en grande détresse et référer celles qui ont besoin d'un soutien supplémentaire • Fournir des messages clés sur les styles d'adaptation sains et la gestion du stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des premiers secours psychologiques (PSP) aux personnes en grande détresse et référer celles qui ont besoin d'un soutien supplémentaire • Identifier et référer les personnes présentant des risques ou des troubles graves et aigus de santé mentale lors des visites à domicile
Situation stable	<p data-bbox="504 730 767 763">Travailleur de la SMSPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventions psychologiques brèves (<i>voir l'annexe B</i> Stratégie mondiale de santé publique 2021-2025) • Interventions psychosociales de soutien (individuelles ou en groupe) • Aider les communautés à rétablir les systèmes de soutien social qui existaient avant le déplacement • Animer des groupes de soutien pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale et pour celles qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ; élaborer des programmes de prévention du suicide • Fournir un soutien ciblé aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et à leurs familles 	<p data-bbox="991 730 1382 763">Tâches EAH : RÔLE INTÉGRÉ des ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les visites à domicile adoptent une approche holistique de la santé, de l'hygiène et de la nutrition et fournissent des messages ciblés sur la base d'une évaluation • Fournir des messages clés sur les modes d'adaptation sains • Identifier, suivre et soutenir les personnes souffrant de troubles mentaux à domicile (observance thérapeutique, vérification de l'existence d'un environnement familial favorable) en l'absence d'un travailleur de la SMSPS

Annexe 2

Exemple de termes de référence pour les agents de santé communautaire

Objectif

S'engager et communiquer avec les individus, les familles et les communautés pour favoriser le bien-être, la santé et la recherche des soins, et relier efficacement les membres de la communauté aux établissements de santé par l'intermédiaire d'activités de promotion et de prévention de la santé.

Liste détaillée des activités :

- S'engager avec les individus et les familles au niveau des ménages pour comprendre leurs besoins et leurs capacités en matière de santé, de nutrition et de pratiques et de comportements hygiéniques.
- S'engager auprès des responsables de communautés (chefs religieux, chefs de réfugiés, enseignants, etc.) et organiser des sessions en petits groupes avec les communautés sur les thèmes de la santé, de l'hygiène et de la nutrition.
- Promouvoir la santé et l'hygiène, communiquer sur la prévention des maladies et les modes de vie sains et mettre les réfugiés en contact avec les établissements de santé :
 - Maladies transmissibles (paludisme, diarrhée, infections des voies respiratoires, VIH, IST, TB, etc.) et maladies non transmissibles.
 - Promouvoir les activités de lutte contre les vecteurs, par exemple l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la propreté de l'environnement domestique.
 - Promouvoir l'immunisation de routine et se mobiliser pour des campagnes de vaccination de masse.
 - Promotion de l'hygiène, y compris l'hygiène alimentaire et la prévention de la diarrhée. Promotion d'un assainissement sûr, d'une gestion des déchets ménagers et d'un traitement et d'un stockage appropriés de l'eau.
 - Identifier, suivre et soutenir les personnes souffrant de troubles de la santé mentale à domicile (observance aux médicaments, environnement de soutien à domicile).
 - Aide à l'identification et au traitement des pratiques nuisibles à la santé de l'individu et de la communauté.
 - Sensibiliser, conseiller et promouvoir l'utilisation des services de SSR en établissement :
 - *Communiquer sur les soins prénatals, les soins postnatals, le planning familial et l'accouchement sans risque dans les établissements de santé et référer les patients vers ces services.*
 - *Soutenir l'élaboration de plans de préparation à l'accouchement et faciliter le transfert pour l'accouchement dans les établissements de santé.*
 - *Distribution de préservatifs.*
 - *Effectuer des visites de soins postnatals et néonataux à domicile au niveau communautaire, assurer le suivi de la santé des nouveau-nés, identifier les signes de danger et les référer vers les soins appropriés.*
- Tâches liées à la nutrition :
 - Promouvoir des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et une nutrition saine pendant la grossesse et l'allaitement.
 - Effectuer le dépistage par le PB et référence, mettre en relation les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans avec des programmes de nutrition appropriés.
- Partager des informations sur les services de santé disponibles et les voies de référence (y compris l'établissement de santé le plus proche, ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Soutenir la référence des réfugiés ayant besoin de soins de santé en assurant la connection avec les établissements de santé, les porteurs et les services de brancardage disponibles.

- Aider les personnes et les familles à effectuer les visites de suivi prévues et rechercher les perdus de vues (par exemple, PEV, TB, MNT, programme de nutrition).
- Effectuer une surveillance communautaire des maladies à déclaration obligatoire et des événements inhabituels, des rumeurs et des décès et naissances au sein de la communauté.
- Conserver les informations clés sur la santé des ménages et les données démographiques (âge, genre, EPI, soins prénatals, etc.).
- Assurer la liaison avec d'autres travailleurs, notamment les agents nutritionnels, les travailleurs communautaires psychosociaux et les travailleurs de la protection, afin de veiller à ce que l'orientation vers d'autres services se fasse sans heurts.
- Fournir les premiers secours et les premiers soins psychologiques conformément à la formation reçue.

Exigences personnelles

Essentielles :

- ✓ Vivre dans les camps/zones de déploiement
- ✓ Capacité à parler la même langue que les réfugiés
- ✓ Bonne communication et compétences sociales
- ✓ Disposé à participer à des formations initiales et continues
- ✓ Engagement d'au moins 6 mois

Attributs souhaitables :

- ✓ Expérience professionnelle préalable en tant que ASC ou dans une fonction similaire.
- ✓ Avoir terminé la 8e année d'études
- ✓ Capacité à lire et à écrire

Annexe 3

Exemple de POS pour les ASC et exemple de formulaires

[Guidance Note for Community Health Worker/ Volunteer, Bangladesh Rohingya Response](#), 2018.

Exemple de formulaires (voir la section Santé publique [Communauté de pratique](#) pour les télécharger) :

- Exemples de registres
 - Registre démographique des ménages
 - Registre des soins prénatals et postnatals et visites des nouveau-nés
 - Registre des vaccinations
 - Registre des rumeurs
 - Registre des événements inhabituels
- Formulaire de déclaration : naissance vivante, mortalité, événement inhabituel, formulaires de référence
- Formulaire de rapport du superviseur

Annexe 4

Ressources complémentaires

Politiques, lignes directrices et stratégies mondiales

- HCR [Global Public Health Strategy](#) (2021 - 2025)
- OMS [Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes](#) (2018)
- Care in Communities : [Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies - A Community Health Systems Approach](#) (2020)

Suivi et évaluation

- HCR [Système intégré d'information sur la santé des réfugiés \(iRHIS\)](#)
- DHIS2 [Community Health Information System Guidelines](#)
- [Minimum Quality Standards and Indicators in Community Engagement](#) (UNICEF, 2020)
- Analysis and use of community-based health service data: [Guidance for Community Health Worker Strategic Information and Service Monitoring](#) (UNICEF, 2021)

Approches communautaires et participatives

- HCR [A Community Based Approach Manual](#) (2006)
- OMS [Recommendation on Community Mobilization through Facilitated Participatory Learning and Action Cycles with Women's Groups for Maternal and Newborn Health](#) (2014)
- [SBCC for Emergency Preparedness Implementation Kit](#) (Johns Hopkins, 2020)
- Communicating risk in public health emergencies: [A WHO Guideline for Emergency Risk Communication \(ERC\) Policy and Practice](#). (OMS, 2017)

Lutte contre les maladies transmissibles

- OMS : [Health Policy and System Support to Optimize CHW Programmes for HIV, TB and Malaria Services: an Evidence Guide](#) (OMS, 2021)
- [Guidance Note on Malaria Programmes in Refugee Settings](#) (HCR 2022)
- [Optimizing Community Health Worker Programmes for HIV Services](#) (OMS, 2021)
- Children, Adolescents & HIV: [A Simple Toolkit for Community Health Workers and Peer Supporters](#) (PATA, 2015)
- [Tuberculosis Prevention and Care Among Refugees and Other Populations in Humanitarian Settings](#) (OMS, HCR, CDC 2022)
- Epidemic Control for Volunteers: [ECV Training Manual](#); [ECV Toolkit](#) (FICR, 2020)
- [Community Based Care in Covid-19](#) (OMS/UNICEF/FICR)

Santé sexuelle et reproductive et droits

- HCR. [Adolescent Sexual and Reproductive Health in Refugee Situations: A practical Guide to Launching Interventions in Public Health Programmes](#). (2019).
- HCR [Operational Guidelines for Maternal and Newborn Health in Refugee Settings](#)
- [ASRH Toolkit for Humanitarian Settings : 2020 Edition](#) (GTI)
- [The Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crisis Field Manual](#) (2018)
- [Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights Including Family Planning](#)
- High Impact Practice: [Community Health Workers: Bringing Family Planning Services to where People Live and Work](#) (Johns Hopkins University, 2022).
- [Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide](#) (Save the Children, UNICEF, 2018)
- [Caring for the Newborn at Home training course](#) (OMS)

Santé et nutrition de l'enfant

- [Infant and Young Child Feeding in Refugee Situations: A Multi-Sectoral Framework for Action](#) (HCR/ Save the Children 2018)
- [Home Visits for the Newborn Child: a Strategy to Improve Survival: WHO/ UNICEF Joint Statement](#). (OMS, 2009)
- [Caring for the Sick Child in the Community Training Course](#) (OMS)
- [Caring for the Sick Child in the Community, Adaptation for High HIV or TB Settings](#)
- [Community Case Management \(CCM\) in Humanitarian Settings: Guidelines for Humanitarian Workers](#). (Save the Children, 2019)

Maladies non transmissibles

- [Integrating Non-communicable Disease Care in Humanitarian Settings](#). (HCR et IRC 2020)
- [Package of Essential Non-communicable Disease Interventions for Humanitarian Settings](#) (PEN-H). (IRC et USAID 2020)

Surveillance communautaire

- [Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region: A Guide for Establishing Community-based Surveillance](#). (OMS, 2014)
- [Community-based Surveillance: Protocol Template](#) (FICR, 2019).
- UNHCR Guidelines for Mortality Surveillance: A Practical Guide for Collecting, Reporting, and Using Surveillance Data for Estimating Mortality in Refugee Settings (HCR, CDC, 2023, à paraître)

SMSPS

- [Strengthening Mental Health and Psychosocial Support in 2021](#) (HCR, 2021)
- [Operational Guidance Mental Health & Psychosocial Support Programming for Refugee Operations](#) (HCR 2013)
- [Basic Psychosocial Skills: A guide for COVID-19 Responders](#) (IASC, 2020)
- [Mental Health and Psychosocial Support Annex B in Global Strategy for Public Health 2021-2025](#) (HCR, 2021)
- Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (2022). Planning for Prevention and Risk Mitigation of Suicide in Refugee Settings. A toolkit for multisectoral action. Field-test version 2022. Genève, Suisse

Formation, cours en ligne et autres ressources numériques :

- [An Introduction to Public Health in Refugee Settings](#)
- [Covid-19 Digital Classroom \(numerous languages\)](#) (Community Health Academy)
- [The Community Health Academy app](#)
- [Strengthening Community Health Worker Programs Course](#) (HarvardX)
- [Community Engagement Course Series](#)
- [Community-based Health and First Aid: Training Guides and Tools](#) (FICR)
- [Medical Aid Films](#) (short clips for CHWs on various health topics)
- [Community Health Toolkit](#) (open-source community health app)

Références

1. Lignes directrices de l'OMS sur l'appui aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les programmes de agents de santé communautaire. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Les titres des agents de santé communautaire formés varient considérablement d'un pays à l'autre (par exemple, travailleur de la santé du village, bénévole communautaire de la santé et de la nutrition, aide à la santé communautaire, promoteur de la santé communautaire, agent de vulgarisation sanitaire, conseiller de santé non professionnel, visiteuse de santé). Dans un souci de simplicité et de cohérence, le terme agent de santé communautaire (ASC) est utilisé dans l'ensemble du présent document.
3. Finance Alliance for Health. Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: July 2015 Investment Case and Financing Recommendations <https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf>.
4. Community Health Roadmap. Summary of the methodology used to estimate the potential impact on lives saved of fully optimized community health platforms in 15 countries of the roadmap. <https://www.communityhealthroadmap.org/methodology>.
5. Miller, N, Ardestani, F, Dini, H. et al. Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. Journal of Global Health (2020) 10:2 doi : 10.7189/jogh.10.020602.
6. Scott, K., Beckham, S., Gross, M. et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. Human Resources for Health (2018) 16:39 <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>.
7. UNICEF. 2020. Minimum quality standards and indicators in community engagement: A guidance towards high quality, evidence-based community engagement in development and humanitarian contexts. <https://www.unicef.org/mena/reports/community-engagement-standards>.
8. SBCC for Emergency Preparedness: Implementation kit. USAID. 2020 <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies/learn-about-sbcc-and-emergencies/what-is-social-and-behavior-change-communication/>.
9. WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. OMS. 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127939/9789241507271_eng.pdf.
10. Prost, A. et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, volume 381, numéro 9879, 1736 - 1746.
11. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO, et al. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. Journal of Global Health. 2018;8
12. Kozuki N, Ericson K, Marron B, Lainez YB, Miller NP. The resilience of integrated community case management in acute emergency: a case study from Unity State, South Sudan. Journal of Global Health. 2018;8:020602.
13. Shah R. Community case management during flooding emergencies in southern Bangladesh: A case study. Save the Children, 2018.
14. Lignes directrices de l'OMS sur l'appui aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les programmes de agents de santé communautaire. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. Adolescent sexual and reproductive health in refugee situations: A practical guide to launching interventions in public health programmes. Édition 2019. <https://www.unhcr.org/protection/health/5d52bcbd4/adolescent-sexual-reproductive-health-refugee-situations-practical-guide.html>.
16. Lignes directrices de l'OMS sur l'appui aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les programmes de agents de santé communautaire. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Finance Alliance for Health. Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: July 2015 Investment Case and Financing Recommendations <https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf>.
18. Les incitations basées sur la performance font référence à l'octroi de récompenses financières ou non financières basées sur la réalisation d'un objectif de performance prédéterminé. Les objectifs peuvent porter sur les résultats sanitaires, la mise en œuvre des interventions (par exemple, le nombre de visites à domicile effectuées, le nombre d'orientations vers un établissement de santé par les accoucheuses traditionnelles), les taux d'utilisation des services ou la qualité des soins.

19. Naimoli, J.F., Perry, H.B., Townsend, J.W. et al. Strategic partnering to improve community health worker programming and performance: features of a community-health system integrated approach. *Hum Resour Health* 13, 46 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0041-3>.
20. HCR Guideline for Rehabilitation and Assistive Technology. 2023 (à paraître).
21. Health policy and system support to optimize community health worker programmes for HIV, TB and malaria services: an evidence guide. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. OMS Rapport mondial sur le paludisme 2022. 8 décembre 2022. Rapport global. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064898>.
23. Community Health Workers: Bringing family planning services to where people live and work. Johns Hopkins 2022. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/>.
24. Gogia, S., Sachdev, H. Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low-and middle-income countries: a systematic review. *J Perinatol* 36, S55-S73 (2016). <https://doi.org/10.1038/jp.2016.33>.
25. Lorsque les AT sont engagées dans des programmes, il peut être utile d'inclure dans le contrat de travail une référence explicite au fait que l'AT n'effectuera pas d'accouchements.
26. Organisation mondiale de la santé. (2009). Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival: WHO/ UNICEF joint statement. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70002>.
27. Tiruneh, G.T., Shiferaw, C.B. & Worku, A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 507 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0041-3>.
28. Organisation mondiale de la santé. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044074>.
29. WHO recommendation on advance misoprostol distribution to pregnant women for prevention of postpartum haemorrhage. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020.
30. Organisation mondiale de la santé. Children: Improving survival and well-being. 8 septembre 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
31. UN Interagency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality : Rapport 2021. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
32. Fiche d'information sur les maladies non transmissibles. OMS. 13 avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
33. Les interventions psychologiques modulables sont des thérapies brèves qui peuvent être dispensées par des non-spécialistes formés et supervisés. Il s'agit par exemple de la gestion des problèmes plus (PM+), de la thérapie interpersonnelle (TIP), de l'auto-assistance plus ou de la thérapie d'adaptation intégrative (TAI). Voir le tableau de la page 46/47 de la stratégie de santé publique 2021-2025 (<https://www.unhcr.org/6253f6aa4>).
34. Contributeurs techniques à la réunion de l'OMS de juin 2018. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 au 28 juin 2018. *Euro Surveill.* 2019;24(2):pii=1800681. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>.
35. FICR. Community-based surveillance: protocol template. Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève. 2019. https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/2020/02/IFRC_CBS_Protocol_EN_2019_Web.pdf.
36. OMS. Integrated disease surveillance and response in the African Region: a guide for establishing community-based surveillance. 2014. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Afrique.



GUIDE OPÉRATIONNEL :

Santé communautaire dans les pays d'accueil des réfugiés