

MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité–Progrès–Justice

PROFIL DE L'AGENT DE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE

Juin 2014

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	iv
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	2
II. PAQUET DE SERVICES DE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE.....	3
2.1. Services promotionnels	3
2.2. Services préventifs	4
2.3. Services curatifs.....	4
2.4. Activités de soutien.....	5
III. DEFINITION ET PROCESSUS DE SELECTION DE L'ASBC.....	6
3.1. Définition de l'ASBC	6
3.2. Processus de sélection de l'ASBC.....	6
3.2.1. Critères de sélection de l'ASBC	6
3.2.2. Modalités de sélection de l'ASBC	6
3.2.3. Conditions de renouvellement de l'ASBC.....	8
3.2.4. Nombre d'ASBC par village/secteur/hameau de culture	8
IV. FORMATION DE L'ASBC	8
V. EQUIPEMENT DE L'ASBC	9
VI. SUPERVISION DE L'ASBC	10
VII. MESURES D'APPUI A L'AGENT DE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE.....	10
7.1. Mesure non monétaire	10
7.2. Mesure monétaire.....	11
7.3. Critères d'octroi du visa de l'ICP	11
CONCLUSION	12

AVANT PROPOS

Le Gouvernement du Burkina Faso avec l'appui des partenaires au développement a entrepris des efforts pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire. Ces efforts s'inscrivent dans le cadre de l'atteinte des objectifs de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable en vue d'assurer un bien-être à la population. L'atteinte de ces résultats nécessite la participation effective de la communauté dans l'offre de services de santé à base communautaire de qualité. Les stratégies mises en œuvre dans ce sens, sont restées fragmentées et insuffisamment coordonnées.

Le gouvernement a donc décidé de rendre plus accessibles les soins dans la communauté en réponse aux orientations stratégiques 2, 4 et 6 de la Politique nationale de santé (PNS) qui accorde une place importante à la promotion des services de santé à base communautaire (SBC). Le développement de ces services nécessite la détermination d'un profil de l'Agent de santé à base communautaire (ASBC), à même de mettre efficacement en œuvre les activités au sein de la communauté.

L'élaboration de ce profil permettra aux différents acteurs d'avoir des orientations précises sur les caractéristiques de l'ASBC, notamment le paquet de services qu'il doit mettre en œuvre, le processus de sa sélection, sa formation, son équipement, sa supervision, et les mesures d'appui qu'il lui faudra pour mieux réussir sa mission..

Je souhaite vivement que ce document serve de guide à l'ensemble des acteurs de la pyramide sanitaire et de toutes les structures de développement de notre pays pour une mise en œuvre efficace des services de santé à base communautaires au Burkina Faso.

Le Ministre de la santé

Léné SEBGO

Officier de l'ordre national

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

ACT:	Artemisinin combination based therapy
AEN:	Actions essentielles sur la nutrition
AG:	Assemblée générale
AIS :	Agent itinérant de santé
ANJE:	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
APE :	Association des parents d'élèves
ASBC :	Agent de santé à base communautaire
CCC:	Communication pour le changement de comportement
CEPE :	Certificat d'études primaires élémentaires
COGES:	Comité de gestion
CPN:	Consultation prénatale
CPoN:	Consultation postnatale
CSPS:	Centre de santé et de promotion sociale
CVD:	Comité villageois de développement
DBC:	Distribution à base communautaire
ICP :	Infirmier chef de poste
IEC:	Information-éducation-communication
IGR :	Interventions à gain rapide
IRA :	Infections respiratoires aiguës
IST:	Infections sexuellement transmissibles
MAM:	Malnutrition aiguë modérée
MAPI:	Manifestations adverses post Injections
MAS:	Malnutrition aiguë sévère
MCD:	Médecin chef de district
MGF:	Mutilations génitales féminines
MILDA :	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action
OBCE:	Organisation à base communautaire d'exécution
OMD :	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG :	Organisations non gouvernementales
PFA :	Paralysie flasque aiguë
PMA :	Paquet minimum d'activités
PEV:	Programme élargi de vaccination

PF:	Planification familiale
PTF :	Partenaires techniques et financiers
PTME :	Prévention de la transmission mère-enfant
SBC :	Services de santé à base communautaire
SRO :	Sels de réhydratation orale
SONU:	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSP :	Soins de santé primaires
TDR:	Tests de diagnostic rapide
VIH:	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Plusieurs pays à faibles revenus sollicitent, depuis la Conférence d'Alma Ata tenue en 1978 sur les Soins de santé primaires (SSP), les Agents de santé à base communautaire (ASBC) pour offrir des services de santé dans la communauté. Au Burkina Faso, le rôle de ces agents a été renforcé depuis l'avènement de la révolution. De nos jours, ils sont en marge de la pyramide sanitaire, tout en étant sollicités par le système de santé, les Partenaires techniques et financiers (PTF), les Organisations non gouvernementales (ONG) et les associations.

Avec l'élaboration du document de stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé puis celle de la politique nationale de promotion de la santé, une autre vision se dessine. En effet, il apparaît nécessaire de reconnaître le niveau communautaire comme une solution en vue d'améliorer la mise en œuvre des interventions à gain rapide (IGR). Cette vision exige également une appellation univoque de l'ASBC, avec un profil adapté à ses rôles. La nécessité de décrire ce profil s'est alors imposée, pour harmoniser les caractéristiques de l'ASBC qui sont très différentes selon les régions, les partenaires et les interventions.

Une meilleure description du profil pourrait contribuer à la promotion des Services de santé à base communautaire (SBC). C'est dans cette optique que le présent document est élaboré et s'articule autour des points suivants:

- contexte et justification ;
- paquet de services à base communautaire ;
- définition et processus de sélection de l'ASBC ;
- formation, équipement et supervision de l'ASBC ;
- mesures d'appui à l'ASBC.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La situation sanitaire du Burkina Faso reste caractérisée par des taux élevés de mortalité générale (11,8‰), de mortalité infanto-juvénile (129‰) et de ratio de mortalité maternelle (341 pour 100.000 naissances vivantes) (EDS, 2010). Cette situation a conduit le Burkina Faso à souscrire aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et à définir, dans le cadre du PNDS 2011-2020, huit axes d'interventions en vue d'améliorer l'état de santé des populations. Parmi ceux-ci, on peut citer le renforcement des services de santé à base communautaire.

Le développement des SBC implique la participation de la communauté, à travers les ASBC, pour accroître la couverture sanitaire et rendre les services disponibles à la population.

Une analyse de la santé communautaire¹ réalisée en 2011 indique que le paquet minimum d'activités (PMA) mis en œuvre dans la communauté est en inadéquation avec le profil des ASBC perçu comme étant très bas. En effet, ces acteurs communautaires qui sont bénévoles et volontaires, sont généralement âgés et en majorité peu ou pas instruits ou alphabétisés. Leur choix est souvent biaisé et non conforme aux principes de la santé communautaire. De même, leur motivation reste une problématique ; elle n'est ni égale pour tous les ASBC, ni pérenne encore moins conséquente à leur volume de travail.

Ces différentes situations entraînent une faible performance des ASBC et la persistance de la faible accessibilité aux soins de santé pour tous. Elles ont pour conséquence la faible amélioration des indicateurs de santé

¹ Analyse de la santé communautaire, Février 2011

II. PAQUET DE SERVICES DE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE

Les services offerts par l'ASBC sont définis pour être en adéquation avec les IGR et d'autres pathologies d'intérêt en santé publique. Ils sont repartis entre trois types de services : promotionnels, préventifs et curatifs. A cela, il faut ajouter des activités de soutien.

Plusieurs stratégies sont utilisées pour la mise en œuvre des activités. Il s'agit de :

- la mobilisation sociale ;
- la Distribution à base communautaire (DBC);
- l'Information-Education-Communication (IEC) / Communication pour le changement de comportement (CCC).
- les visites à domicile.

2.1. Services promotionnels

Les domaines de communication portent essentiellement sur :

- la promotion des pratiques familiales clés y compris l'enregistrement des naissances;
- la Planification familiale (PF) ;
- les Actions essentielles en nutrition (AEN) ;
- le suivi de la croissance et l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ;
- le don de sang ;
- la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH) ;
- les soins obstétricaux et néonataux (les signes de danger pendant la grossesse, le travail d'accouchement, le post-partum et chez le nouveau né);
- les stratégies de gratuité ou de subvention pour l'accès financier des populations aux services de santé ;
- la Consultation prénatale (CPN) et l'accouchement assisté ;
- les signes de danger de certaines pathologies (le paludisme Infections respiratoires aiguës (IRA), malnutrition, et les maladies diarrhéiques...);
- le calendrier vaccinal des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes, le respect des rendez-vous
- les Manifestations adverses post injections (MAPI) ;
- les maladies prioritaires (paludisme, tuberculose, IST/VIH-SIDA) ;

- les maladies tropicales négligées (la lèpre, le Noma, la filariose lymphatique, la schistosomiase, etc.) ;
- les fistules obstétricales et les Mutilations Génitales Féminines (MGF) ;
- l'autoréférence (présomptions de fistules obstétricales, demande de soins);
- l'hygiène/assainissement (eau de boisson, denrée alimentaire, milieu et cadre de vie, hygiène corporelle et vestimentaire, utilisation et entretien des latrines, etc.).

2.2. Services préventifs

Ces services regroupent :

- la recherche active des absents au rendez-vous et des perdues de vues à la CPN, /Consultation postnatale (CPoN), la PTME, le Programme élargi de vaccination (PEV) ;
- l'accompagnement de la femme enceinte et le suivi de la grossesse ;
- l'administration de doses de vaccins (polio orale), de vitamine A et de déparasitants pendant les campagnes ;
- la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV et des maladies à potentiel épidémique ;
- la distribution des intrants (déparasitants, Sulfadoxine pyriméthamine, supplémentation en vitamine A, fer, préservatifs...) ;
- la distribution et le suivi de l'utilisation de Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) ;
- le dépistage de la malnutrition aiguë ;
- la recherche des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), de ver de Guinée et de tousseurs chroniques ;
- la référence des cas.

2.3. Services curatifs

Ils comprennent :

- la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans la communauté : traitement de la diarrhée par les Sels de réhydratation orale (SRO) + Zinc, de la pneumonie par un antibiotique (amoxicilline) et du paludisme simple par *Artemisinin-based combination therapy* (ACT) ;

- la confirmation des cas de paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR) dans la communauté ;
- la prise en charge des cas de paludisme simple chez les personnes de plus de 5 ans;
- le traitement des lésions courantes de la peau (plaies non infectées);
- la recherche des signes de danger et de gravité du paludisme, des IRA, de la malnutrition et de la diarrhée ;
- l'aide à l'observance au traitement de l'infection à VIH/SIDA ;
- le *Washing* de l'éléphantiasis à domicile ;
- le suivi en ambulatoire des cas de Malnutrition aiguë modérée (MAM) et de Malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complications ;
- les soins au nouveau-né à domicile,
- la supervision de la prise des antituberculeux pendant la deuxième phase du traitement ;
- la recherche active des absents au traitement (PV/VIH, tuberculose, malnutrition...);
- la référence des cas.

2.4. Activités de soutien

En plus des services ci-dessus cités, l'ASBC devrait assurer des activités de soutien d'ordre administratif et de gestion. Ce sont :

- appuyer le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) dans l'organisation des activités en stratégie avancée et des campagnes ;
- participer au recensement des cibles d'interventions sanitaires ;
- transmettre au CSPS des rapports d'activités du mois écoulé et faire la programmation du mois suivant en collaboration avec l'Infirmier chef de poste (ICP);
- notifier au CSPS les naissances et les décès survenus à domicile;
- assurer la gestion des ressources (matérielles, recettes et intrants) ;
- participer aux rencontres et aux réunions ;
- faire le bilan de la mise en œuvre des activités lors des Assemblées générales (AG) de village.

III. DEFINITION ET PROCESSUS DE SELECTION DE L'ASBC

3.1. Définition de l'ASBC

L'ASBC est une femme ou un homme sélectionné dans et par sa communauté conformément aux critères définis, ayant reçu une formation de base sur les SBC, pour offrir localement des services préventifs, promotionnels et curatifs de base, sous l'encadrement technique du personnel de santé.

3.2. Processus de sélection de l'ASBC

Le processus de sélection de l'ASBC prend en compte les critères et les modalités de sélection et d'installation.

3.2.1. Critères de sélection de l'ASBC

- résider dans la communauté (village/secteur/hameau de culture) ;
- accepter d'exercer la fonction d'ASBC sans y être contraint ;
- parler la langue du milieu ;
- avoir au moins le certificat d'études primaires (CEP) ;
- savoir lire et écrire le français (être alphabétisé dans la langue locale est un atout) ;
- être âgé de 20 ans au moins et 50 ans au plus au moment de la sélection ;
- être engagé, stable et disponible (ne pas occuper de poste de responsabilité : bureau CVD ou de l'Association des parents d'élèves (APE), conseiller de village point focal de la mairie, chef coutumier et religieux) ;
- avoir de bonnes relations avec la population ;
- être de bonne moralité ;
- être capable d'exercer activement et efficacement le rôle d'ASBC.

3.2.2. Modalités de sélection de l'ASBC

La sélection de l'ASBC doit répondre aux conditions suivantes :

- être démocratique, c'est-à-dire avec l'adhésion et la participation de toutes les couches sociales ;
- se dérouler sous la responsabilité de l'autorité communale, en présence du CVD, du Comité de gestion (COGES), des leaders d'opinion, du personnel de

santé du CSPS et de l'Organisation à base communautaire d'exécution (OBCE) dans les zones couvertes par l'approche de contractualisation ;

- respecter la parité homme – femme autant que possible ;

NB : choisir en priorité les anciens ASBC qui répondent aux critères de sélection.

La sélection doit suivre les étapes suivantes :

Etape 1 : lors d'une réunion, le personnel de santé du CSPS échange avec l'autorité communale, les leaders communautaires, les membres CVD et du COGES sur les critères de sélection de l'ASBC et le cahier de charge de mise en œuvre des SBC. Ils fixent d'un commun accord la date de tenue d'une AG villageoise.

Etape 2 : A travers les canaux locaux de communication, la population est informée au moins une semaine avant, par l'autorité communale ou le CVD, des critères de sélection, de la date de l'AG villageoise et de ses objectifs. La forte participation de toutes les couches sociales est également sollicitée et les rôles de l'ASBC annoncés pour permettre aux candidats d'être mieux informés et de se préparer. Les candidats doivent se munir de tout document attestant le niveau requis le jour de la sélection.

Etape 3 : Sous la direction d'un comité présidé par l'autorité communale et composé de l'ICP ou de son représentant, un représentant d'ONG/association et d'un représentant du CVD, la sélection est organisée en présence des leaders communautaires, des groupes sociaux et du personnel du CSPS, selon les modalités démocratiques. Les participants sont informés sur les objectifs de la réunion, le programme à mettre en œuvre et l'importance de choisir des candidats qui répondent aux critères de choix de l'ASBC. En cas de candidatures multiples validées, le vote sera utilisé pour départager les candidats. Un rappel est fait sur les rôles et responsabilités de l'ASBC, et les liens de collaboration qu'il entretient avec le CVD, la communauté et les services de santé. Un procès-verbal d'AG est rédigé par un membre de l'équipe du CSPS, contresigné par le président de séance et envoyé au district, à la commune et au CVD.

Etape 4 : Les personnes choisies dans l'aire sanitaire seront officiellement investies ASBC par le maire ou son représentant. La cérémonie publique rassemble la communauté, les membres du COGES, les leaders d'opinion, le CVD et les représentants de l'équipe de santé de la formation sanitaire dont relève l'ASBC. C'est pendant cette cérémonie qui intervient après la formation des ASBC que ceux-ci reçoivent leurs matériels de travail et s'engagent oralement mais solennellement devant la communauté à la servir.

3.2.3. Conditions de renouvellement de l'ASBC

Les ASBC sont choisis pour une durée de cinq (05) ans renouvelable. L'âge limite d'exercice de l'ASBC est de 60 ans. Le renouvellement se fait sur la base du rendement évalué par les communautés et les agents de santé lors d'une réunion avec le COGES, à la fin de chaque mandat.

En cas d'incapacité d'exercer, d'insuffisance de rendement, de faute grave (non-respect du cahier de charge), de démission ou de décès, le renouvellement se fait dans les 3 mois qui suivent, selon les modalités de sélection de l'ASBC.

3.2.4. Nombre d'ASBC par village/secteur/hameau de culture

Deux (02) ASBC (1 homme et 1 femme) sont choisis par village/secteur/hameau de culture. Pour les villages/secteurs de plus de 2000 habitants, des ASBC supplémentaires sont choisis. Toutefois, ce nombre ne devrait pas dépasser quatre (04) par village/secteurs.

IV. FORMATION DE L'ASBC

L'ASBC est formé dans le mois suivant son recrutement. La formation se fait sur la base des modules élaborés par le Ministère de la santé et selon la stratégie en cascade mise en œuvre aux différents niveaux du système de santé.

Des directives sur la formation des ASBC sont élaborées par la Direction de la promotion de la santé qui coordonnera ces formations et en assurera le suivi de la qualité.

La formation est sanctionnée par une attestation de participation signée par le Médecin chef de district (MCD). Cette attestation pourrait être remise lors de l'installation de l'ASBC.

Un suivi post-formation est assuré par l'équipe de santé du CSPS dans les trois mois qui suivent la formation.

L'ASBC bénéficie d'un recyclage tous les deux ans et lors des supervisions réalisées par l'équipe du CSPS et l'ECD. Cependant, ses connaissances sont remises à jour en cas d'adoption d'une nouvelle stratégie, de nouveau concept ou de révision de modules.

V. EQUIPEMENT DE L'ASBC

C'est l'ensemble du matériel, des outils et des produits permettant une mise en œuvre efficace des SBC. Cet équipement est composé de :

- un (1) moyen de déplacement (vélo)
- un (1) gilet d'identification ;
- un (1) livret de l'ASBC ;
- un kit de lavage des mains ;
- des intrants : ACT, TDR, paracétamol, amoxicilline, SRO+Zinc, contraceptifs non prescriptibles (condoms et femidoms) et oraux en réapprovisionnement ;
- un (1) minuteur ;
- quatre (4) bandelettes de Sakhir;
- deux (2) thermomètres électroniques;
- un (1) kit de communication : un téléphone portable muni d'une puce ;
- un (1) mégaphone pour chaque village et des piles ;
- du matériel d'IEC : boîtes à image, dépliants, matériel de démonstration ;
- une (1) lampe solaire ;
- un (1) imperméable;
- une (1) paire de bottes ;
- des supports de collectes de données et de gestion des intrants ;
- une (1) cantine métallique ;
- un (01) sac à dos;
- deux (2) bics bleus et un bic rouge ;
- 6 crayons de papier ;

- 2 taille-crayons ;
- 4 gommes.

Les matériels suivants seront renouvelés chaque année :

- des pièces de rechange (2 pneus, 2 chambres à air, 1 chaîne) ;
- un kit de lavage des mains ;
- un (1) minuteur ;
- deux (2) bandelettes de Sakhir par semestre;
- deux (2) thermomètres électroniques;

Le renouvellement du reste du matériel se fera en cas de besoin.

VI. SUPERVISION DE L'ASBC

La supervision des ASBC occupe une place importante dans le développement des SBC. Elle vise à s'assurer que le personnel accomplit ses activités selon les normes et permet d'améliorer les compétences des ASBC (activités promotionnelles, préventives et curatives, gestion et réapprovisionnement en médicaments et autres intrants). Par ailleurs, elle contribue à la motivation et à la valorisation de l'ASBC. La supervision se fait tous les deux mois par l'équipe du CSPS. Conformément aux directives du guide national de supervision, elle est assurée prioritairement par l'Agent itinérant de santé (AIS), sous la responsabilité de l'ICP.

VII. MESURES D'APPUI A L'AGENT DE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE

Deux formes de mesures sont retenues : la mesure non monétaire et la mesure monétaire.

7.1. Mesure non monétaire

La mesure non monétaire se présente sous forme de mesures d'incitations immatérielles, d'équipement ou de fournitures liées au travail. Elle comprend :

➤ Incitations immatérielles

- la formation et la supervision régulières ;
- l'installation officielle de l'ASBC dans sa communauté ;
- l'instauration et la commémoration d'une journée de l'ASBC ;
- l'implication dans la formation des pairs ;
- la participation aux rencontres locales, régionales, nationales, internationales ;

- les voyages d'étude ;
- le renouvellement du mandat.

➤ **Incitations matérielles**

- la dotation en casquette, T-shirts, pagnes ;
- la délivrance d'attestation de formation ;
- les distinctions honorifiques (lettres de félicitation, décorations) ;
- l'exonération de paiement pour des frais de consultations et des actes de soins non subventionnés (pour lui, son conjoint/conjointe(s) et ses enfants) ;
- la participation des ASBC aux émissions radios locales ;
- l'utilisation des données communautaires pour l'action.

7.2. Mesure monétaire

Cette forme de mesure se décline comme suit :

- les bénéficiaires issus de la vente des produits ;
- une prime fixe mensuelle de 20 000 F, versée à chaque ASBC, à partir du budget de l'Etat, avec la contribution des PTF et des collectivités locales ;
- une prise en charge d'au moins 3000 FCFA /jour pour les activités de formation, rencontres, campagnes de vaccination, traitements de masse, célébration de journée de l'ASBC, etc. Le remboursement du carburant se fera selon les textes en vigueur.

NB : Le paiement de la prime fixe mensuelle des ASBC sera assuré par la commune sur présentation d'un visa de l'ICP.

7.3. Critères d'octroi du visa de l'ICP

Pour obtenir le visa de l'ICP pour le paiement de la prime fixe mensuelle, les conditions suivantes doivent être respectées par les ASBC :

- mener les activités selon le cahier de charge;
- avoir des outils d'activités à jour;
- fournir régulièrement les rapports d'activités au CSPS (activités du paquet de services, gestion des médicaments et des autres intrants);
- participer aux rencontres-bilans des activités mises en œuvre.

CONCLUSION

L'ASBC est un acteur essentiel du développement des SBC. Il représente ainsi un agent de première ligne dans l'offre de SBC, en relation avec les autres acteurs de développement communautaire. Le présent document qui définit le paquet de services, décrit le profil, de même que les mesures d'appui à l'agent de santé à base communautaire, permettra d'avoir une bonne compréhension du cadre d'interventions de l'ASBC.

Pour ce faire, l'appropriation de ce document par l'ensemble des acteurs au niveau communautaire et surtout par l'ASBC est nécessaire pour une mise en œuvre réussie des SBC.