



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE
PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE



DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



*Tous engagés pour la
santé des communautés*

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE CÔTE D'IVOIRE

PSNSC-CI 2022-2025

www.dsccom-ci.org

**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LA
SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE CÔTE D'IVOIRE (PSNSC-CI)
2022-2025**

Novembre 2022

Table des matières

Sigles et acronymes	5
Liste des tableaux	6
Préface	7
Remerciement	8
Définitions opérationnelles	9
Résumé	13
I. Cadre Général	18
I.1. Caractéristiques socio démographiques	18
I.2. Profil sanitaire et des déterminants de la santé	19
I.2.1. Profil sanitaire	19
I.2.1.1. Organisation du système sanitaire	19
I.2.1.2. Ressources Humaines de santé (RHS)	20
I.2.1.3. Indicateurs sanitaires	21
I.2.1.4. Profil épidémiologique	22
I.2.2. Profil des déterminants de la santé	22
I.3. Dispositif de mise en œuvre de la santé communautaire	25
I.3.1. Organisation de la santé communautaire	25
I.3.2. Coordination de l'action humanitaire en santé	26
I.3.3. Modalités d'interventions communautaires existantes	27
II. Démarche méthodologique d'élaboration	28
III. Analyse stratégique de la gouvernance et du leadership	30
III.1. Cadre réglementaire et institutionnel (politiques, lois, règlements, directives et procédures, etc.) de la santé communautaire en Côte d'Ivoire	30
III.2. Planification des interventions de la santé communautaire	33
III.3. Coordination des interventions communautaires	33
III.4. Coordination de l'Action Humanitaire	36
III.5. Analyse du leadership et engagement communautaire	37
IV. Analyse des Ressources Humaines (RH) de la santé communautaire	39
IV.1. Profil des ressources humaines (RH) de la santé communautaire	39
IV.2. Renforcement des capacités des RH de la santé communautaire	40
IV.2.1. Formation et équipement des RH de la santé communautaire	40
IV.2.2. Suivi et encadrement technique des RH de la santé communautaire	41
IV.3. Motivation des ressources humaines de la santé communautaire	42
IV.3.1. Mécanismes de motivation	42
IV.3.2. Problèmes prioritaires liés à la motivation	43

V.	Analyse stratégique des prestations communautaires	44
V.1.	Couverture et accès aux interventions de santé communautaire	45
V.1.1.	Paquet Minimum d'Activités (PMA) et participation active des communautés à sa mise en œuvre	45
V.1.2.	Evaluation régulière de la satisfaction des bénéficiaires des interventions communautaires à tous les niveaux	45
V.1.3.	Accessibilité géographique des communautés aux interventions du PMA	45
V.2.	Approvisionnement en équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques de mise en œuvre des interventions communautaires	46
VI.	Analyse stratégique du financement de la santé communautaire	47
VI.1.	Cadre règlementaire et institutionnel en matière de financement des interventions communautaire	47
VI.2.	Mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires	48
VI.3.	Financement de la motivation des acteurs communautaires	49
VI.4.	Réalisations en matière de financement des interventions communautaires	51
VI.4.1.	Ressources destinées à la santé communautaire	51
VI.4.2.	Collaboration avec les partenaires au développement.	51
VII.	Analyse stratégique du système de suivi évaluation des interventions communautaires	53
VII.1.	Cadre institutionnel du dispositif du suivi évaluation des interventions communautaires	53
VII.2.	Contrôle qualité des informations de santé communautaire	54
VII.3.	Intégration du suivi dirigé par les communautés dans les programmes prioritaires	55
VII.4.	Recherche et évaluation en santé communautaire	55
VII.5.	Diffusion, utilisation des données et partage des bonnes pratiques sur les interventions de santé communautaire pour une prise de décision	55
VIII.	Défis de la santé communautaire	57
PARTIE 3 : PLANIFICATION STRATEGIQUE		59
IX.	Cadre stratégique	59
IX.1.	Vision, valeurs, principes, encrage	59
IV.2	Cadre des résultats du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025	61
IV.3	Axes Stratégiques du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025	61
4.3.1	Renforcement du leadership, gouvernance et engagement communautaire	63
4.3.2	Amélioration de la gestion et développement des ressources humaines de santé communautaire	63
4.3.3	Amélioration de la qualité des prestations de services communautaires	63

4.3.4	Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions communautaires	64
4.3.5	Amélioration du financement des interventions de santé communautaire	64
	PARTIE 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2022-2025.....	68
X.	Cadre de mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025	68
1.1	Cadre institutionnel.....	68
1.1.1	Niveau central	68
1.1.2	Niveau régional	69
1.1.3	Niveau départemental	70
1.1.4	Niveau Sous préfectoral	70
1.1.5	Niveau local	70
1.2	Cadre de planification.....	71
1.3	Cadre de suivi évaluation	72
1.4	Mécanisme de mobilisation des ressources	72
1.5	Modalités de gestion des ressources financières mobilisées	72
XI.	Besoins en financement du PSNSC 2022-2025	72
	Annexes	76
	Annexe 1 :.....	77
	Annexe 2 :.....	89

Sigles et acronymes

ASC	Agent de Santé Communautaire
CAC	Coordinateur des Activités Communautaires
CADE	Communauté Amie Des Enfants
CAQ	Comité d'Amélioration de la Qualité
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CDAS	Comité Départemental de l'Action Sanitaire
CDQ/CDC	Comité de Développement de Quartier / Comité de Développement de Cité
CIP	Communication Interpersonnelle
CNAS	Comité National de l'Action Sanitaire
COGES	Conseil de Gestion des Etablissements de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CVD	Comité Villageois de Développement
DRS	Direction Régional de la Santé
DS	District Sanitaire
DSC	Direction de la Santé Communautaire
ECD	Equipe Cadre de District
EPC	Equipe de Planification Communautaire
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
GAC	Groupe d'Action Communautaire
HTA	Hypertension Artérielle
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MSHPCMU	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PE	Paire Educateur
PFE	Pratique Familiales Essentielles
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RASS	Rapport Annuel des Statistiques Sanitaires
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
S/D CAH	Sous-Direction de la Coordination de l'Action Humanitaire
SSSP	Stratégie des Soins de Santé Primaire
VAD	Visite à Domicile

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principales caractéristiques sociodémographiques du pays	Page 13
Tableau 2 : Indicateurs sanitaires de la Côte d'Ivoire	Page 16
Tableau 3 : Les principaux déterminants de la santé selon leurs catégories	Page 18
Tableau 4 : Les leçons apprises dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaires	Page 22
Tableau 5 : Synthèse des problèmes liés à la gouvernance, leadership et participation communautaire	Page 30
Tableau 6 : Synthèse des problèmes liés aux Ressources Humaines (RH) communautaires	Page 36
Tableau 7 : Synthèse des problèmes liés à la prestation des interventions communautaires	Page 39
Tableau 8 : Synthèse des problèmes liés au financement des interventions communautaires	Page 44
Tableau 9 : Synthèse des problèmes liés au suivi des interventions communautaires	Page 47
Tableau 10 : cadre des résultats de l'impact et des effets du plan stratégique.	Page 52
Tableau 11 : Matrice des résultats et des stratégies du plan stratégique santé communautaire 2022-2025	Page 56
Tableau 12 : Evolution de la population de 2021-2026 avec un taux d'accroissement de 2,9%	Page 64
Tableau 13 : Besoins en personnel communautaire en milieu rural	Page 64
Tableau 14 : Besoins en personnel communautaire en milieu urbain	Page 64
Tableau 15 : Besoins en personnel communautaire : autres acteurs communautaires	Page 65
Tableau 16 : Synthèse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces	Page 68
Tableau 17 : Synthèse PMA par type de personnel communautaire	Page 76

Préface

Le monde entier est confronté à plusieurs défis sanitaires dont le plus récent est la pandémie à COVID-19 qui a fait des millions de cas et responsable de plusieurs milliers de décès. Cette pandémie ainsi que les autres épidémies ont montré les défis actuels de notre système de santé et sa faible capacité à répondre de manière satisfaisante aux besoins de santé de toute la population afin d'améliorer les indicateurs de santé.

Ces défis surviennent au moment où la Côte d'Ivoire entreprend des réformes importantes, alignées sur le Plan National de Développement (PND) et le Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 (PNDS) qui définit les orientations générales en matière de santé de nos populations pour l'amélioration de la qualité des prestations des soins et des services de santé offerts aux populations.

Le leadership national, la forte mobilisation, le fort engagement multisectoriel et l'adaptation des stratégies sanitaires ont permis la résilience de la Côte d'Ivoire à cette nouvelle donne sanitaire et limiter ainsi son impact.

Toutefois, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses entreprises au sein des communautés et par les communautés, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. En outre, l'Etat ivoirien pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé des populations, a opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires.

Le Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2022-2025 traduit la vision de la Côte d'Ivoire de se doter d'un système de santé performant et résilient pour lutter de manière efficace et intégrée contre les différentes pathologies et pour réduire les inégalités de santé dans et entre les communautés

Sa mise en œuvre permettra d'engager toutes les parties prenantes aux fins de garantir à tous les citoyens un état de complet bien-être physique, mental et social.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs de tous les secteurs (sanitaire et non sanitaire), aussi bien publics que privés, de la société civile et les partenaires au développement à s'approprier le présent plan stratégique, s'en inspirer pour l'élaboration des documents de mise en œuvre dans une approche d'intégration des services pour l'amélioration de la santé des populations, surtout les plus vulnérables.



Pierre DIMBA

Remerciements

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, à travers la Direction de la Santé Communautaire, exprime ses remerciements à l'ensemble des cadres du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, de ceux des autres ministères, des partenaires au développement ainsi que toutes les personnes ressources qui ont contribué à la réalisation du Plan stratégique national de la santé communautaire (PSNSC) 2022-2025. Son élaboration vient renforcer le cadre institutionnel. Nos remerciements s'adressent particulièrement : 1. À l'USAID à travers le Projet Accélérateur du Renforcement des Systèmes de Santé (HSSA) mis en œuvre par R4D (Results for Development) ; au projet Health Policy plus (HP+) ; à PMI à travers le Projet IMPACT MALARIA ; à l'UNICEF, UNFPA et Alliance Côte d'Ivoire, pour leurs appuis techniques et financiers respectifs fournis tout au long de ce processus ; 2. Aux différentes personnes ressources (facilitateurs, membres du groupe technique de travail et agents du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle) pour leur engagement et les efforts fournis durant tout le processus afin de rendre disponible ce document ; 3. Aux personnes ressources des autres ministères techniques pour leur disponibilité et leurs contributions remarquables ; 4. Aux Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales ; 5. Aux Organisations de la Société Civile. Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle compte sur l'engagement de tous pour la mise en œuvre et surtout le respect des orientations définies d'un commun accord dans ce Plan stratégique national de la santé communautaire

La Directrice de la Santé Communautaire



[Signature]
Dr KADIA Adjoba F. Epse Goulin

Définitions opérationnelles

Santé

Selon l'OMS, c'est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.

Santé publique :

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins et de réadaptation).

La santé publique laisse la décision aux seuls professionnels de santé (ou aux responsables politiques). Elle apparaît comme un objectif de gouvernement, d'horizon, voire d'administration imposée « par en haut » (approche « top down » des Anglo-Saxons), comptabilisable, mesurable.

Communauté

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partageant une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont, dans une certaine mesure, conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire.

Santé communautaire

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé par la réflexion sur les besoins et les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Participation communautaire

C'est l'engagement actif de la population locale dans les décisions concernant les projets de développement y compris les programmes de santé et leur exécution. Elle contribue à l'appropriation du projet/programme ou de l'activité. C'est un processus par lequel le système de santé amène les individus et les familles à prendre en charge leur propre santé et leur bien être comme ceux de la communauté à renforcer leur capacité à concourir à leur propre développement comme celui de la communauté.

C'est un processus social dans lequel des groupes liés par des intérêts et valeurs communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir leurs besoins, décident d'y apporter une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire.

Interventions à Base Communautaire (IBC)

Ce sont des dispositions techniques à réaliser des activités au niveau de la communauté notamment la promotion, la prévention, la prise en charge et les soins palliatifs. Il s'agit d'un ensemble d'actions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des malades, à mettre en œuvre au sein des communautés.

Activités à Base Communautaire (ABC)

Ce sont des actions à entreprendre dans le cadre de la mise en œuvre d'une activité notamment les tâches concrètes à réaliser au niveau de la communauté comme le dépistage, le traitement, la distribution des produits pour la prévention et les activités promotionnelles de santé.

Intégration des interventions

C'est la mise en commun des ressources humaines, techniques, matérielles et financières pour la mise en œuvre de deux ou plusieurs interventions ou programmes.

C'est le fait, par exemple, pour un ASC de mettre en œuvre un paquet d'activités qui inclut tous les programmes de santé (utilisation des ASC qui assurent le Traitement à Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC), pour la prise en charge du paludisme, la distribution des moustiquaires imprégnées, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage, l'administration de l'albendazole et de l'ivermectine dans les zones endémiques de la filariose lymphatique).

Le but de l'intégration est d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles, l'efficacité dans l'atteinte des objectifs et de coordonner la participation des partenaires afin de réduire la morbidité et la mortalité au sein des communautés.

Acteurs de la santé communautaire

Il s'agit de tous ceux qui jouent un rôle dans la réalisation d'une intervention ou d'une activité pour l'atteinte d'un résultat ou d'un objectif de santé communautaire.

Ils existent trois types d'acteurs représentant les trois pôles du processus participatif. Il s'agit des habitants/Citoyens (membres de la communauté, Leaders, OSC, etc), des professionnels de tous les secteurs (santé, agriculture, éducation, etc.) et des institutionnels (décideurs, partenaires techniques et financiers, etc.).

Professionnel de santé :

Il s'agit d'une personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur. Le professionnel de la santé est une personne disposant de compétences nécessaires pour agir sur la santé et ses déterminants.

Agents de Santé Communautaire (ASC)

Il s'agit d'un homme ou d'une femme volontaire, sélectionné (e) dans et par sa communauté selon des critères précis, formé (e) pour offrir un certain nombre de services préventifs, promotionnels, curatifs de base et de soutien sous l'encadrement technique du personnel de santé. Il est chargé de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire.

Relais communautaires

Il s'agit de toute entité, issue d'une communauté qui par son expérience, sert d'appui au système de santé ou tout autre système national dans cette communauté pour la mise en œuvre des interventions communautaires.

Il peut s'agir, par exemple, d'une mère à qui l'on a appris à prendre en charge son enfant et qui en plus peut sensibiliser ses consœurs ; d'un éducateur de pair, d'un chef religieux ou de tout autre leader d'opinion, d'un groupement/association de femmes ou d'hommes, de membres des Comités Villageois de Développement (CVD) et de Comité de Développement de Quartier (CDQ), et de Comité d'Amélioration de la Qualité (CAQ), de Comités de Santé, de Comités de Gestion (COGES) des

établissements de santé, de praticiens de médecine traditionnelle préalablement sensibilisés ou formés à cet effet.

Bénévolat

Situation d'une personne qui accomplit un travail gratuitement et sans y être obligée.

Volontariat

Etat de toute personne qui offre ses services par simple dévouement. Ne perçoit pas de rémunération mais une indemnité de subsistance.

Le Volontariat est le fait de s'engager de plein gré dans une action visant l'épanouissement des personnes et l'amélioration des conditions de vie de la communauté. Le Volontariat se fait à travers des missions d'intérêt général, à plein temps sans en exiger de rétribution et sur une durée comprise entre 3 et 12 mois maximum. (Office du Service Civique National)

Approches de santé communautaire

C'est un ensemble de stratégies utilisé pour identifier les problèmes, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de santé avec la participation active des populations.

Promotion de la santé :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé, entre autres, l'élaboration de politique publique saine et la création de milieux favorables.

Comité de santé

C'est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.

Comité de Gestion (COGES)

Il est mis en place conformément au décret 93-218 du 3 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales et du décret 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres de santé. Il existe un comité de gestion pour chaque centre de santé qu'il soit urbain ou rural.

Leader naturel

Il se démarque de façon spontanée durant le processus de déclenchement et les étapes de l'après déclenchement.

Normes sociales

Cette sous-catégorie se réfère aux règles sociales des comportements qui sont largement utilisés au sein de la société. Bien que celles-ci varient d'un contexte à l'autre, il est essentiel d'identifier les normes sociales qui engendrent des discriminations ou de l'exclusion et qui peuvent être communes à différents contextes. Il est primordial de s'attaquer à ces normes sociales pour garantir l'application des droits de l'enfant, pour changer les comportements et les pratiques qui empêchent la pleine application de ces droits ou qui gênent le développement d'une demande pour les services.

Législation/Politiques

Il s'agit là de l'existence et de la mise en œuvre des lois et des politiques à différents niveaux de la société. Dans chaque pays, nous devons concentrer notre suivi sur les questions d'ordre juridique et sur les politiques qui promeuvent ou gênent nos objectifs. Dans certains cas, la législation nationale

peut être un facteur déterminant ; dans d'autres cas, le cadre des politiques infranationales peut être un goulot d'étranglement crucial.

Résumé

Le profil épidémiologique du pays se caractérise par une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'importance du fait des habitudes adoptées par les populations, notamment la sédentarité, l'alimentation riche en graisse, sucre et sel, la non pratique de l'exercice physique, le tabagisme, l'alcoolisme et autres addictions. Les maladies émergentes et ré-émergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent également du terrain.

Toutes ces maladies se développent dans un environnement insalubre et pollué, cela dans un contexte global de réchauffement climatique très souvent lié à l'action des communautés elles-mêmes. Les menaces sanitaires quasi permanentes pour les populations [notamment : épidémies/pandémies à Coronavirus (COVID 19) et à virus Ebola, maladies non transmissibles, pollution atmosphérique, changement climatique, etc.], sont responsables d'environ 50 à 80 % des décès dans les ménages.

Toutefois, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses entreprises au sein des communautés et par les communautés, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. En outre, l'Etat ivoirien pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé des populations, a opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires.

Les interventions communautaires en Côte d'Ivoire sont réalisées jusqu'à ce jour sous plusieurs formes en fonction des différents domaines et démontrent les défis auxquels sont confrontés les acteurs malgré quelques avancées.

La santé communautaire en Côte d'Ivoire est organisée à tous les niveaux : central, régional, district, Etablissement Communautaire de Premier Contact (ESPC), communautaire. Au niveau central, la **Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS)**, assure la planification, la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions en collaboration avec les parties prenantes des différents secteurs.

Au niveau régional, la Direction Régionale de la Santé (DRS) est chargée de la coordination des activités de santé communautaire au niveau des districts sanitaires à travers l'Equipe Régionale de la Santé (ERS) élargie aux autres services sociaux de base.

Au niveau périphérique, le district sanitaire, les ESPC et les communautés constituent les entités de mise en œuvre.

- Le district sanitaire est chargé de la formation des acteurs et de l'encadrement des centres de santé de son ressort territorial en matière de développement de la santé communautaire. Il assure la coordination des interventions communautaires menées par l'ensemble des acteurs au niveau départemental à travers son Equipe Cadre de District (ECD) élargie aux autres services sociaux de base et aux différentes Organisations de la Société Civile (OSC). Le Bureau du District sanitaire désigne un point focal chargé de la Coordination des Actions de santé Communautaire (CAC).
- Au niveau de l'ESPC, la coordination de la santé communautaire dans l'aire sanitaire est assurée par le responsable de l'ESPC. Sa mission consiste à élaborer les micro-plans des activités communautaires avec la participation de la communauté, à organiser les réunions mensuelles, à superviser les ASC et à faire le rapportage des activités communautaires. Dans la conduite de sa mission, le responsable de l'ESPC collabore étroitement avec les ASC et autres acteurs de santé communautaire.
- Au niveau des communautés, leur pleine participation et leur engagement sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. Les

interventions au niveau communautaire sont réalisées à travers les Autorités coutumières, des organisations comme les comités de gestion (COGES) des établissements sanitaires, les ONG, les coopératives, les Comités Villageois de Développement (CVD), les Comités d'Amélioration de la Qualité (CAQ) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ). La coordination des activités de santé communautaire est assurée par le CVD, le CAQ ou le CDQ qui veillent à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de mise en œuvre des activités de santé communautaire et développe des mesures de pérennisation des acquis sur la base des rapports produits par les différents acteurs.

La Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS) dispose en son sein une sous-direction « Coordination de l'action humanitaire et de la multisectorialité » qui est chargée d'assurer la direction et la coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé en facilitant.

L'analyse de la situation de la santé communautaire en Côte d'Ivoire a été faite selon « une analyse causale » qui a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et menaces dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Cette analyse porte sur : (i) la gouvernance et le leadership, (ii) les ressources humaines de la santé communautaires, (iii) les prestations, (iv) le système de suivi évaluation des interventions communautaires, (v) le financement des interventions de la santé communautaire.

1. Au niveau de la gouvernance et du Leadership

Plusieurs acteurs nationaux et partenaires mènent des interventions dans le cadre de la stratégie communautaire. La coordination des interventions reste faible et cette situation est liée à une insuffisance de : (i) leadership avec une faible maîtrise des interventions communautaires par le niveau central, (ii) communication avec les différents acteurs et partenaires.

Ces faiblesses sont liées à une insuffisance des capacités managériales de la DSC. Une meilleure coordination de ces interventions à tous les niveaux avec les différents acteurs et partenaires permettraient de renforcer la mise en œuvre de la stratégie communautaire et améliorer l'efficacité et la visibilité des interventions.

La mobilisation communautaire est un processus en vertu duquel des groupes locaux reçoivent de l'assistance afin de définir et exprimer leurs besoins et objectifs en prenant des mesures collectives visant à les satisfaire. Elle met l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins. Elle est intimement liée au concept de la participation et de l'engagement communautaire. On note le manque d'implication et d'intégration des communautés dans les prises de décision et la planification

Pour répondre au défi de mobilisation, participation et engagement communautaire, il faudra sensibiliser toutes les couches de la communauté au respect des valeurs communes afin d'amener tous ses membres à un but commun de développement à travers la recherche de financement au niveau local mais également à l'extérieur pour satisfaire les besoins exprimés.

2. Les Ressources Humaines communautaires

La réussite de la stratégie communautaire passe par un personnel formé, qualifié, compétent, motivé avec des missions claires, précises et définies. Le profil défini et le mode pour le recrutement des ASC n'est pas souvent respecté avec souvent une forte implication extérieure. Par ailleurs le pays compte encore des ASC verticaux qui réalisent des prestations qui sont pour la plupart utilisés par les acteurs pour la mise en œuvre des interventions.

Les missions et interventions des ASC ne sont pas uniformisées et varient selon les mandats des partenaires qui les emploient. Le Paquet Minimum des Activités (PMA) communautaire n'est pas respectés dans certaines localités.

Au niveau décentralisé, les missions et le profil des CAC ne sont pas bien définies et on note une faible implication des autres membres de l'Equipe Cadre de District (ECD) dans la mise en œuvre des interventions communautaires.

Le renforcement du profil du personnel communautaire à tous les niveaux pour la stratégie communautaire des 5 années à venir devrait permettre au pays d'avoir des ressources humaines de santé communautaire outillées afin d'obtenir les résultats escomptés.

3. Les prestations

La qualité des prestations communautaires reste préoccupante dans le pays. Le paquet de prestation défini reste encore flou, non harmonisé et n'est pas totalement maîtrisé par le personnel communautaire notamment les ASC. Le personnel communautaire connaît des problèmes de qualifications et de compétences et ne dispose pas suffisamment d'équipement et de matériel pour réaliser des prestations de qualité et les supervisions planifiées ne sont pas réalisées à tous les niveaux par manque de ressources financières.

Par ailleurs il existe une disparité entre le paquet de prestation des ASC, Paires Educateurs et autres personnels de santé communautaires. Une harmonisation de ce paquet permettrait une meilleure prise en charge des populations au sein des communautés.

L'équité induit d'une part l'accès équitable à tous quels que soient le lieu, le genre ou l'âge et d'autre part que les personnes dotées de caractéristiques différentes soient traitées différemment en vue de la prise en compte de leurs besoins spécifiques pour l'atteinte des résultats pour la santé.

L'utilisation des services de santé par les populations reste encore insuffisante et cette iniquité concerne toute la population et particulièrement la mère et l'enfant. Les interventions de santé communautaire ne couvrent pas l'ensemble du pays et toutes les régions et districts ne disposent pas des mêmes taux de couverture.

Les produits intrants sont essentiels dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire et l'amélioration des indicateurs. Les ruptures de stocks en produits sont récurrentes sur toute l'étendue du territoire national et ont des conséquences sur la qualité des prestations. En effet **50%** des régions sanitaires ont connu des ruptures en médicaments traceurs et intrants au cours des six (6) derniers mois de l'année 2021, **59,5%** pour les districts sanitaires et **65,3%** pour les ESPC avec une faible capacité de gestion des stocks par les ASC. Ces ruptures sont souvent la conséquence de la faible connaissance du personnel en gestion de chaîne d'approvisionnement, la planification, la coordination et le suivi des stocks en intrants (outils, formulaires etc....).

4. Le système de suivi évaluation des interventions communautaires

La qualité des données nécessite la disponibilité des outils de gestion par les acteurs, la vérification des données, la validation des données à tous les niveaux, le suivi des interventions. Les ruptures de stocks en outils de gestion notamment les fiches d'enregistrement et les fiches de rapportage sont récurrentes. La vérification et la validation des données ne sont pas systématiques à tous les niveaux et le suivi des interventions restent faible. Le renforcement du système de gestion communautaire et la mise à disposition des ressources permettrait d'améliorer la qualité des données.

5. Le financement des interventions de la santé communautaire

Les ressources financières pour le financement de la stratégie communautaire proviennent en grande partie de l'aide extérieure posant ainsi le problème de la pérennisation des interventions. Les ressources humaines communautaires sont exclusivement financées par les partenaires et bailleurs. Pour répondre à ce défi, il est important de mettre en place un système de financement national avec l'identification de nouvelles sources pour rendre pérenne la stratégie.

La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la sécurisation des ressources humaines. Il a été noté une irrégularité de la motivation financière des acteurs communautaires de santé notamment les ASC, les Paires Educateurs (PE) et autres personnels communautaires. La motivation non-financière est également faible et peu systématisée (manque de statut, formation insuffisante, recyclage irrégulier, déficit de supervision par les personnels qualifiés) est vécu par les acteurs communautaires comme un manque de reconnaissance.

La vision du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 est alignée sur celle de la politique de santé communautaire et celle du PNDS 2021-2025, se présente comme suit : **« Une Côte d'Ivoire où tous les individus, les ménages et les collectivités ont accès à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation sans aucune forme d'exclusion et dans un partenariat entre les communautés, les services sociaux de base et l'administration locale, pour un meilleur état de santé ».**

L'analyse de la situation des interventions communautaires et des défis identifiés ont permis de dégager 5 axes qui constituent le squelette du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 de la Côte d'Ivoire. Ces axes stratégiques sont les différents piliers qui supporteront les différentes interventions pour l'atteinte des résultats.

Ces 5 axes sont :

Axe 1 : Renforcement du leadership, gouvernance et engagement communautaire

Axe 2 : Amélioration de la gestion et développement des ressources humaines de santé
Communautaire

Axe 3 : Amélioration de la qualité des prestations de services communautaires

Axe 4 : Renforcement du système de suivi évaluation des interventions communautaires

Axe 5 : Amélioration du financement des interventions de santé communautaire

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire sera supportée par les structures en place dans le système national de santé tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Il s'agira pour l'atteinte des résultats de : (i) renforcer davantage la gouvernance et le leadership de la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé dans la conduite du programme de santé communautaire unique autour duquel adhère l'ensemble des partenaires, (ii) renforcer la coordination technique santé. (iii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PSNSC 2022-2025.

Ce plan servira d'unique boussole pour toutes les interventions dans le secteur de la santé communautaire sur la période, quel que soit le lieu de l'intervention et la source de financement. Il

sera présenté à tous les acteurs et parties prenantes pour informations dans le cadre de la coordination multisectorielle et sa mise en œuvre sera coordonnée par le Ministère en charge de la santé.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire s'appuiera sur des structures compétentes, et prendra en compte l'aspect multisectoriel et renforcera les organes nécessaires au développement de la santé communautaire.

Le budget du Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2022-2025 s'élève à **203 325 202 764 CFA soit 309 967 273 Euros** sur les 4 années de mise en œuvre repartit comme suite : Axe 1 : 36 543 321 660 soit 17,97% ; Axe 2 : 10 259 125 522 FCFA soit 5,05%, Axe 3 : 52 184 852 856 soit 25,67% ; Axe 4 : 2 820 045 963 soit 1,39% ; Axe 5 : 101 517 856 763 soit 49,93%.

Afin de pérenniser les interventions communautaires, la première source de financement du PSNSC 2022-2025 proviendra du budget de l'Etat. A ce jour la stratégie communautaire est financée majoritairement par les PTF et les bailleurs de Fonds. L'Etat devra accroître graduellement son financement à une pérennisation des interventions communautaires.

L'Etat développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale. Des efforts seront faits afin de continuer à mobiliser d'autres ressources auprès des partenaires au développement et du secteur privé.

La gestion des ressources financières du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 se fera sur les principes prônés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) et la déclaration de Paris à savoir : **(i)** l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PSNSC 2022-2025, **(ii)** l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, **(iii)** la gestion axée sur les résultats, **(iv)** la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

PARTIE 1 : CADRE GENERAL ET DEMARCHE D'ELABORATION DU PSNSC 2022-2025

I. Cadre Général

il s'agit de la description des caractéristiques socio-démographiques du pays, du profil sanitaire, ainsi que des déterminants de la santé, et de l'organisation de la santé communautaire en CI.

I.1. Caractéristiques socio démographiques

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques sociodémographiques du pays

Tableau 1 : Principales caractéristiques socio-démographiques du pays

Au plan géographique
<i>Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire se situe entre le 10° et le 04° de latitude nord et le 10° et le 0° de longitude ouest avec une superficie de 322 462 km². Elle est limitée au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.</i>
Au plan administratif
<i>La Côte d'Ivoire compte 14 Districts autonomes (Abidjan, Yamoussoukro, Bas-Sassandra, Comoé, Denguélé, Gôh-Djiboua, Lacs, Lagunes, Montagnes, Sassandra-Marahoué, Savanes, Vallée du Bandama, Woroba et Zanzan), 31 Régions, 108 Départements, 475 Sous-Préfectures, 201 Communes et plus de 8 576 villages.</i> <i>NB : Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) dispose d'un découpage administratif particulier avec 33 Régions Sanitaires et 113 Districts Sanitaires¹</i>
Au plan démographique²
<i>Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2021 :</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 29 389 150 habitants dont 14 044 160 femmes (soit 48%) et 15 344 990 hommes (soit 52%). Il en découle un Rapport de Masculinité (RM) global de 109 hommes pour 100 femmes en Côte d'Ivoire.</i>- <i>On recense 5.616.487 ménages, avec une taille moyenne de ménage de 5 personnes et une densité de 91,1habitants au km².</i>- <i>La majorité de la population vivant sur le territoire national réside dans les villes, soit 15 428 957 personnes (52,5%), contre 13 960 193 vivant dans les localités rurales (47,5%). La ville d'Abidjan, à elle seule, concentre 36% de la population urbaine, suivie de la ville de Bouaké qui concentre 4,7% de la population urbaine. Et 17 villes en Côte d'Ivoire sont peuplées de plus de 100 000 habitants.</i>- <i>La population résidant en Côte d'Ivoire pratique deux grandes religions, notamment, l'Islam qui concentre 42,5% et le Christianisme 39,8%. Les personnes qui ne pratiquent aucune religion représentent 12,6% et les animistes, 2,2%. Un nombre très faible de personnes (0,7%) pratique d'autres religions.</i>- <i>La population issue des ménages ordinaires de nationalité ivoirienne compte 22 840 169 personnes, soit 78 % de la population totale, contre 6 435 835 personnes de nationalité non ivoirienne, soit 22 %.</i>- <i>La population ivoirienne demeure encore très jeune. En effet, 75,6 % de la population totale a moins de 35 ans, soit un peu plus de 3 personnes sur 4.</i>- <i>Le pays compte une mosaïque de 66 ethnies réparties en grands groupes ethniques et la langue officielle est le français. La répartition de la population de nationalité ivoirienne par grands groupes ethniques et selon leur importance donne le classement suivant : les akan 38,0%, les gour (22,0%), les mandé du Nord (22,0%), les krou (9,1%), les mandé du Sud (8,6%) et les naturalisés (0,3%).</i>

¹ RASS 2020

² RGPH 2021

Au plan socioéconomique³

En dépit d'un environnement international marqué par des incertitudes politiques et économiques qui ont affecté la croissance mondiale, l'activité économique en Côte d'Ivoire a bénéficié de l'amélioration continue du climat des affaires et de la gouvernance.

Sur le plan économique, le taux de croissance du PIB réel s'est élevé en moyenne à 6,9%, largement au-dessus de celui de l'Afrique subsaharienne. De même, le revenu par tête a progressé de 13,6% entre 2016 et 2019.

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté bien qu'en baisse, reste élevée. En effet, le taux de pauvreté est passé de 51% en 2011 à 46,3% en 2015 pour s'établir à 39,4% en 2020. Bien qu'en nette diminution, la pauvreté est marquée par des disparités régionales et reste toujours défavorable aux femmes et aux zones rurales.

Cette progression substantielle résulte des efforts faits en amont, entre autres l'accélération progressive de la mise en œuvre de programmes sociaux notamment l'école gratuite pour les moins de 16 ans, la gratuité ciblée et la CMU à l'endroit des plus vulnérables.

Selon le rapport 2019 du PNUD sur le développement humain, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,538 contre 0,474 en 2016. Ce rapport classe le pays au rang de 162ème parmi 189 pays et territoires. Cet indice s'est accru de 33,2 % entre 1990 et 2019. Il montre les progrès réalisés par la Côte d'Ivoire pour chacun des indicateurs de l'IDH. En effet, entre 1990 et 2019, l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire a augmenté de 4,5 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 3,2 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4 années. Le RNB par habitant de la Côte d'Ivoire a progressé de près de 30, % entre 1990 et 2019.

Au plan politique

Depuis 2012, la situation sécuritaire s'est améliorée sur l'ensemble du territoire ivoirien. Toutefois, il existe des limites dans le processus de réconciliation nationale et des tensions intercommunautaires dans de nombreux points du pays, en particulier dans les régions de l'ouest, du nord et du centre.

Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l'utilisation des terres et l'accès aux ressources naturelles comme l'eau, les forêts, les minerais, etc.

Un autre facteur de fragilité susceptible de déboucher sur des situations d'urgences humanitaires est lié au contexte régional, marqué par la montée en puissance des mouvements djihadistes au Mali et au Burkina Faso, deux pays avec lesquels la Côte d'Ivoire partage plus de 1 100 km de frontières et dont de nombreux ressortissants vivent sur le territoire ivoirien.

Les différentes élections conduisent à aggraver les fragilités qui débouchent sur des incidents graves.

I.2. Profil sanitaire et des déterminants de la santé⁴

I.2.1. Profil sanitaire

Le profil sanitaire du pays, en lien avec la santé communautaire, est résumé autour des principales caractéristiques suivantes : i) l'organisation du système sanitaire, ii) Les Ressources Humaines de santé, iii) Les indicateurs sanitaires et iv) Le profil épidémiologique.

I.2.1.1. Organisation du système sanitaire

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataire, répartis chacun en trois échelons.

Le **versant administratif ou gestionnaire, du système sanitaire** comprend :

- **Au niveau central**, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé ;

³ PNDS 2021-2025

⁴ Tiré du PNDS 2021-2025

- **Au niveau intermédiaire**, 33 Directions Régionales qui ont pour mission d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire et ;
- **Au niveau périphérique**, 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de dessert d'un établissement sanitaire de premier contact. L'aire de santé est gérée par un responsable d'aire sanitaire.

Quant au **versant offre de soins ou prestataire**, il comprend également trois niveaux :

- **Le niveau primaire ou périphérique** composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. En 2020, 2311 établissements sanitaires de premier contact (ESPC) ont été recensés⁵.
- **Le niveau secondaire** comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 Hôpitaux de référence (100 hôpitaux publics, 12 confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux) et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké)⁶.
- **Le niveau tertiaire** est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les cinq Centres Hospitaliers Universitaires et les Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut National de Santé Publique (INSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI).

A cela s'ajoute le **secteur privé** de la santé qui est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. Il permet d'accroître l'accessibilité de la population à certains services. Son rôle est essentiel en matière d'amélioration de la proximité des soins, de la qualité des prestations, d'utilisation de nouvelles technologies et de création d'emplois. Il est organisé par le décret N°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S-DESP du 16 juillet 2007 qui crée le cadre du partenariat public-privé. En 2020, la DEPS/MSHP a répertorié 2543 établissements de santé privés dans ses registres et une estimation d'environ 38 000 autres de toutes natures non répertoriés.

Enfin, il existe un secteur en pleine extension de la **médecine traditionnelle** dont l'exercice et l'organisation est réglemantée par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Éthique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016.

I.2.1.2. Ressources Humaines de santé (RHS)

S'agissant des ressources humaines, grâce aux efforts entrepris depuis plusieurs années en matière de recrutement, le nombre de personnels de santé a fortement progressé.

Ainsi sur le plan national, entre 2016 et 2020, le ratio médecin-population est passé de 1,3 à 1,4 médecins pour 10 000 habitants. 39,82% des districts sanitaires ont atteint la norme OMS de 1 médecin pour 10 habitants en 2020 contre 31,7% en 2016.

⁵ RASS 2020

⁶ RASS 2020

Le ratio infirmier-population est de 2,36 infirmiers pour 5 000 habitants en 2020 contre 2,04 en 2016 sur le plan national. Au niveau des districts sanitaires 92,03% en 2020 contre 34,14% en 2016 ont atteint la norme OMS.

Concernant le Ratio sage-femme/femme en âge de procréer sur le plan national, il est en 2020 de 3,05 sage-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer soit une sage-femme pour 984 FAP contre 2,07 en 2016. Au niveau des districts sanitaires 98,23% en 2020 contre 93% en 2016 ont atteint la norme OMS.⁷

Pour ce qui est de la densité des personnels de santé (Médecin, infirmiers et sage-femmes) pour 10 000 habitants, elle est passée de 6,6 en 2016 à 8,57 en 2020 (pour un standard OMS de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants).

Par ailleurs, depuis 2018, la Côte d'Ivoire a identifié et répertorié un peu plus de 17 000 agents de santé communautaires (ASC) à l'échelle nationale qui sont chargés d'assurer des interventions au profit des familles et des communautés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la nutrition, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, du VIH, de la promotion des pratiques familiales essentielles, de l'hygiène et de l'assainissement. En intégrant les ASC au système sanitaire, le Ministère en charge de la santé, dispose, des moyens d'atteindre les 33 % de la population vivant encore à plus de 5 km d'un ESPC.

Au sujet de la formation continue, le programme de renforcement des capacités a permis de perfectionner et de mettre au service du système de santé 1 121 cadres et agents de santé de 2016 à 2020.

Les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) autorisés à exercer en Côte d'Ivoire sont les accoucheuses traditionnelles, les naturothérapeutes, les phytothérapeutes, les médico-droguistes, les psychothérapeutes et les herboristes. Le répertoire national des PMT a enregistré en 2020, 7020 praticiens⁸. Parmi les PMT recensés, 1500 ont été formés et participent auprès des districts sanitaires aux activités préventives et promotionnelles de santé.

1.2.1.3. Indicateurs sanitaires

Les indicateurs de santé de la Côte d'Ivoire restent préoccupants malgré les efforts des RHS. Le tableau ci-dessous en présente quelques-uns.

Tableau 2 : Indicateurs sanitaires de la Côte d'Ivoire

Indicateurs	Niveau	Année	Sources
Taux d'utilisation global des services de santé	46,75%	2020	RASS 2020
Taux d'utilisation ESPC	38,87%	2020	RASS 2020
Taux de mortalité maternelle	385/100 000 naissances vivantes	2021	EDS 2021
Taux de mortalité néonatale	30/1000	2021	EDS 2021
Taux de mortalité de moins de 5 ans	24/1000	2021	EDS 2021
Taux de mortalité infanto juvénile	52/1000	2021	EDS 2021
Taux de mortalité infanto juvénile	74/1000	2021	EDS 2021

⁷ RASS 2016 et RASS 2020

⁸ Répertoire national des PMT, de leurs pratiques et des pathologies traitées, 2020

Taux de CPN1 respectant les normes (1 ^{er} Trimestre de la grossesse)	33,88%	2020	RASS 2020
Taux de CPN4	42,31%	2020	RASS 2020
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	71,56%	2020	RASS 2020
Incidence des IRA chez les moins de 5ans	167,44/1000	2020	RASS 2020
Incidence du paludisme chez les enfants de moins 5 ans	440,97/1000	2020	RASS 2020
Incidence de la diarrhée chez les enfants de moins 5 ans	61,3‰	2020	RASS 2020
Incidence des anémies chez les enfants de moins de 5ans	158,66/1000	2020	RASS 2020
Prévalence du VIH dans la population générale	2,9%	2020	PSN VIH 2021-2025
Incidence de la tuberculose	148/100000 habitants		PSN TB 2021-2025
Taux de disponibilité des produits traceurs	71,44%	2019	Rapport de performance PNDAP de la CA 2019

I.2.1.4. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays se caractérise par une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'importance du fait des habitudes adoptées par les populations, notamment la sédentarité, l'alimentation riche en graisse, sucre et sel, la non pratique de l'exercice physique, le tabagisme, l'alcoolisme et autres addictions. Les maladies émergentes et ré-émergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent également du terrain.

Toutes ces maladies se développent dans un environnement insalubre et pollué, cela dans un contexte global de réchauffement climatique très souvent lié à l'action des communautés elles-mêmes. Les menaces sanitaires quasi permanentes pour les populations [notamment : épidémies/pandémies à Coronavirus (COVID 19) et à virus Ebola, maladies non transmissibles, pollution atmosphérique, changement climatique, etc.], sont responsables d'environ 50 à 80 % des décès dans les ménages.

Toutefois, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses entreprises au sein des communautés et par les communautés, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. En outre, l'Etat ivoirien pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé des populations, a opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires.

En somme, le profil sanitaire du pays, aggravé par la survenue de la COVID 19, appelle à des actions innovantes en matière de changement de paradigme afin d'offrir les services de soins de santé primaires au niveau communautaire jusqu'ici laissé pour compte. La redéfinition, la réorganisation et le rattachement de cette composante communautaire au système national de santé s'impose afin d'atteindre une couverture universelle des interventions à haut impact sur la santé des populations vivant en Côte d'Ivoire.

I.2.2. Profil des déterminants de la santé⁹

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs modifiables qui influencent l'état de santé d'une personne, allant de l'environnement dans lequel évolue l'individu à ses comportements. Ces facteurs, externes au secteur de la santé sont entre autres, l'éducation, la sécurité sociale, la situation

⁹ Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC)

professionnelle et le revenu, l'environnement ou encore la situation en matière de transports et de logement.

Tableau 3 : Les principaux déterminants de la santé selon leurs catégories

DÉTERMINANTS
<p>Environnement économique/de travail</p> <ul style="list-style-type: none">• Éducation et alphabétisme<p><i>L'éducation joue un rôle capital dans le développement des capacités et sur la santé car le niveau d'instruction influe sur la compréhension et l'adoption des messages/comportements de santé.</i></p><p><i>La capacité précoce d'apprentissage durant les années préscolaires, la réussite des études secondaires et la participation au marché du travail sont tous des prédicteurs d'une bonne santé et de réussite à long terme.</i></p><p><i>En Côte d'Ivoire, le taux d'alphabétisation des jeunes est de 47,2% chez les femmes contre 63,8% (hommes) ; et le taux net de scolarisation à 76,8% au primaire contre 40,6% au secondaire (MICS5 - 2016).</i></p>• Emploi/Revenu<p><i>L'emploi est un déterminant majeur de la santé. Le revenu que confère l'emploi détermine les conditions de vie et établit un lien de causalité à double sens entre pauvreté et santé.</i></p><p><i>Le revenu détermine la capacité d'une famille à se loger en sécurité, à se nourrir convenablement et à disposer de ressources éducatives, qui sont tous des éléments essentiels pour la santé.</i></p><p><i>Le taux d'emplois informel (vulnérable) est de 87,1% au niveau national. Il est de 82,9% pour les hommes et 91,7% pour les femmes. (ERI-ESI, 2017)</i></p>• Sécurité alimentaire<p><i>Garantir à tout moment à une population, l'accès à une nourriture à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif est un important déterminant pour sa santé.</i></p><p><i>Stat nationale récente sur la prévalence de la sous-alimentation (PoU) et de l'insécurité alimentaire modérée ou grave</i></p>
<p>Environnement physique</p> <ul style="list-style-type: none">• Qualité de l'air et de l'eau<p><i>La santé et la sécurité des populations commencent par l'eau que nous buvons et l'air que nous respirons.</i></p><p><i>En Côte d'Ivoire :</i></p><ul style="list-style-type: none">- <i>Selon l'OMS, la pollution de l'air, tant intérieur qu'extérieur, entraîne chaque année la mort de quelques 600 000 enfants de moins de 15 ans en raison d'infections aiguës des voies respiratoires.</i>- <i>Selon l'office national de l'eau potable (ONEP), la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable est de 85% en 2018.</i>- <i>Selon la SitAn, en 2019, au niveau national, 53,6% membres des ménages puisent de l'eau contaminée à la source par l'E. Coli et 78,5% des ménages parmi lesquels 94,2% des ménages ruraux et 60,4% des ménages urbains consomment de l'eau de boisson contaminée lors du stockage par l'Escherichia coli (E. coli)</i>• Logement<p><i>L'insuffisance de commodités dans les habitations, les lotissements anarchiques et le phénomène des quartiers spontanés et précaires constituent autant de facteurs de la détérioration du cadre de vie.</i></p><ul style="list-style-type: none">- <i>Selon la SitAn, en 2019, plus d'un quart des ménages pratique encore la Défécation à l'Air Libre (DAL). la proportion des ménages pratiquant la DAL a reculé de près de 5 points (43,6% en 2017) en milieu rural mais augmenté de près d'un point en milieu urbain (8,1%).</i>

- **Aménagement du territoire**

L'urbanisation a des conséquences sur notre santé individuelle et collective car elle est associée à des risques sanitaires tels que les flambées épidémiques, les maladies non transmissibles (MNT), la violence et les traumatismes, les risques environnementaux, etc.

En Côte d'Ivoire, le taux d'urbanisation est passé de 50,3 % en 2015 à 52,1 en 2018 (Source : MCLAU).

Environnement social

- **Réseaux de soutien social**

Le développement de liens affectifs et sociaux constitue un facteur important influençant la capacité d'une communauté à résoudre ses problèmes et à favoriser la santé de ses membres.

- **Stéréotypes, exclusion sociale**

Un environnement largement déterminé par les valeurs de la culture dominante, qui crée des conditions telles que la marginalisation, stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et la culture/l'identité culturelle et le manque d'accès au service de santé culturellement accepté, influence la santé des communautés.

Caractéristiques, expériences et comportements individuels

- **Prédispositions génétiques et biologiques**

À la base, chaque individu a des caractéristiques biologiques et génétiques particulières, telles que l'âge, le sexe, l'origine ethnique ainsi que certaines prédispositions biologiques ou génétiques qui peuvent le prédisposer à certaines maladies ou problèmes de santé.

- **Expériences de la petite enfance**

Le milieu familial joue un rôle central dans le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants. Les expériences vécues au stade initial de la vie, telles que l'alcoolisme et le tabagisme durant la grossesse, l'abus, la négligence et un faible poids à la naissance peuvent avoir de conséquences néfastes sur toute la vie de la personne touchée. À l'inverse, un attachement sécurisant entre l'enfant et la personne qui s'en occupe produit des effets positifs durables.

- **Habitudes de vie et habiletés d'adaptation**

Les choix de style de vie et d'action peuvent aider à prévenir les maladies, promouvoir les soins personnels, développer l'autonomie à résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé et leur bien-être. Les habitudes de vie renvoient à une façon d'être et à des façons de faire dans le cadre de diverses activités de la vie courante, notamment : l'alimentation, l'activité physique, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, les pratiques sexuelles, l'hygiène et les soins, les comportements liés à la sécurité – que ce soit au travail, dans les transports ou dans les loisirs (l'utilisation d'équipement de sécurité au travail, la prudence dans la conduite des véhicules ou encore le port du casque à moto) – et les divers gestes qui favorisent un environnement sain.

En Côte d'Ivoire :

- 38 % des ménages disposent d'un lieu d'aisance adéquat ;
- 78 % des ménages utilisent le bois et le charbon comme mode de cuisson alors qu'ils sont 22 % à utiliser le gaz ;
- 70 % des ménages rejettent leurs ordures dans la nature ;
- 80 % des ménages n'utilisent pas les fosses septiques et les réseaux d'égout comme mode d'évacuation des eaux usées ;
- Le pourcentage de la population des ménages qui utilisent des toilettes améliorées est de 53,1 % en milieu urbain.

Système de santé et de services sociaux

- **Accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux**

Les services de santé jouent un rôle important dans le bien-être des populations. Elles doivent avoir accès à un vaste éventail de services de santé. La couverture sanitaire universelle, qui relève du droit de l'être humain à la santé, doit contribuer à réduire les iniquités en santé et donner la chance à tout individu d'avoir accès aux services de santé.

En Côte d'Ivoire, avant 2015 :

- moins de 10 % de la population bénéficie d'une couverture sociale.

- les mutuelles sociales sont rares dans le secteur agricole et quasi inexistantes dans le secteur informel.

- la proportion de femmes sans assurance médicale est élevée dans toutes les régions où elle varie entre 97 % et 100 % (CNAM).

La Couverture Maladie Universelle instituée par l'état ivoirien en 2014 est effective depuis octobre 2019.

Source : adapté de Mikkonen, J. et D. Raphaël (2011) et MSSS (2012)

I.3. Dispositif de mise en œuvre de la santé communautaire

I.3.1. Organisation de la santé communautaire

Au niveau central, le Ministère en charge de la Santé, à travers la **Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS)**, assure la planification, la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions. Elle assure, en collaboration avec les parties prenantes, l'élaboration de documents normatifs de la santé communautaire, des plans stratégiques et plans d'action annuels. Elle travaille en étroite collaboration avec les programmes et projets de santé (des secteurs sanitaire et non sanitaire) pour les aspects techniques sous l'égide de la Direction Générale de la Santé.

La DSCPS est organisée en 4 sous-directions avec des missions assignées à chaque entité. Il s'agit de : i) *La Sous-direction des Soins de Santé Primaires* ; ii) *La Sous-direction de la Coordination de l'Action Humanitaire et de la Multisectorialité* ; iii) *La Sous-direction de la Promotion de la Santé et de la Prévention* et iv) *La Sous-direction du Suivi-évaluation*. Les interventions au niveau central sont appuyées par : (i) un certain nombre de Ministères en charge : des actions sociales, l'éducation, l'emploi, de l'hydraulique, de l'Assainissement et de la Salubrité, de famille et enfant...), (ii) les partenaires techniques et financiers (PTF), (iii) les Organisation de la Société Civile (OSC).

Au niveau régional, la **Direction Régionale de la Santé (DRS)** est chargée de la coordination des activités de santé communautaire au niveau des districts sanitaires. Cette coordination des interventions à base communautaire est faite par l'Equipe Régionale de la Santé (ERS) élargie aux autres services sociaux de base. Elle assure à cet effet le renforcement des capacités des acteurs pour le développement de la santé communautaire et désigne un point focal en son sein dont la mission principale est la coordination des actions de santé communautaire (CAC).

Au niveau périphérique, le **district sanitaire, les ESPC et les communautés** constituent les entités de mise en œuvre.

- Le district sanitaire est chargé de la formation des acteurs et de l'encadrement des centres de santé de son ressort territorial en matière de développement de la santé communautaire. A ce titre, le district sanitaire assure la coordination des interventions communautaires menées par l'ensemble des acteurs au niveau départemental à travers son Equipe Cadre de District (ECD) élargie aux autres services sociaux de base et aux différentes Organisations de la Société Civile (OSC). Le Bureau du District sanitaire désigne un point focal chargé de la Coordination des Actions de santé Communautaire (CAC).
- Au niveau de l'ESPC, la coordination de la santé communautaire dans l'aire sanitaire est assurée par le responsable de l'ESPC. Sa mission consiste à élaborer les micro-plans des activités communautaires avec la participation de la communauté, à organiser les réunions

mensuelles, à superviser les ASC et à faire le rapportage des activités communautaires. Dans la conduite de sa mission, le responsable de l'ESPC collabore étroitement avec les ASC et autres acteurs de santé communautaire.

- Au niveau des communautés, leur pleine participation et leur engagement sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. Cela se fait à travers les Autorités coutumières, des organisations comme les comités de gestion (COGES) des établissements sanitaires, les ONG, les coopératives, les Comités Villageois de Développement (CVD), les Comités d'Amélioration de la Qualité (CAQ) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ). La coordination des activités de santé communautaire est assurée par le CVD, le CAQ ou le CDQ. Il veille à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de mise en œuvre des activités de santé communautaire et développe des mesures de pérennisation des acquis sur la base des rapports produits par les différents acteurs.

1.3.2. Coordination de l'action humanitaire en santé

Le pays a été confronté ces deux dernières décennies à des situations d'urgence très diverses dues à des catastrophes naturelles, des conflits, des flambées de maladies, des contaminations alimentaires et un déversement de substances chimiques. Ces situations d'urgence, lorsqu'elles sont survenues, ont sapé des décennies de développement social et de gains pour la santé chèrement acquis, endommagé des hôpitaux et autres infrastructures sanitaires, affaibli les systèmes de santé et ralenti la progression vers les objectifs de développement durable (ODD).

Ces situations ont emmené les parties prenantes de la santé communautaire à inscrire l'amélioration de la coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé au rang des priorités de la présente planification stratégique 2022-2025.

Ainsi, le renforcement de la fonctionnalité des cadres de coordination permettra de mieux se préparer à ces situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique, d'agir en conséquence lorsqu'elles surviennent et de se relever une fois la crise jugulée. Cela favoriserait une approche commune d'action face aux situations d'urgence.

La sous-direction « Coordination de l'action humanitaire et de la multisectorialité » de la DSCPS assure la direction et la coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé en facilitant :

- *L'élaboration de Politique Nationale de gestion de crises, calamités ou catastrophes dans le secteur de la santé et des plans annuels de gestion des crises, calamités ou catastrophes dans le domaine de la santé ;*
- *La mise en place de mécanismes d'évaluation des crises et calamités ;*
- *La mise en place de mécanisme d'alerte précoces des crises humanitaires ;*
- *La mobilisation des ressources nécessaires à la gestion des crises ;*
- *La coordination et le suivi des interventions des ONG de santé nationales et internationales intervenant dans l'humanitaire*
- *La coordination des actions urgentes et humanitaires en matière de santé ;*
- *Le partenariat entre le ministère en charge de la Santé et les autres Ministères, Agences Humanitaires du Système des Nations Unies et les Organisations de la Société civiles impliquées dans l'humanitaire en matière de santé ;*
- *Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de gestion de crises, calamités ou catastrophes dans le secteur de la santé,*
- *La préparation des acteurs nationaux à la gestion de crises et humanitaires en rapport avec les services compétents (DFRS, INHP, DHPSE, ...)*

- La production de la documentation sur la coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé.

1.3.3. Modalités d'interventions communautaires existantes

Les interventions communautaires en Côte d'Ivoire se sont réalisées jusqu'à ce jour sous plusieurs formes en fonction des différents domaines et démontrent les défis auxquels sont confrontés les acteurs malgré quelques avancées. Quelques expériences et résultats d'interventions communautaires en Côte d'Ivoire ont été décrites dans le rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire¹⁰. Les leçons apprises de ces expériences sont résumées ci-dessous.

Tableau 4 : Les leçons apprises dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaires

LECONS APPRISSES DES EXPERIENCES & RESULTATS D'INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES
Lutte contre la maladie
<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, l'implication des agents de santé communautaire (ASC) dans la stratégie DOTS a permis de dépister une grande proportion de patients tuberculeux. - Pour l'éradication du ver de guinée, les acteurs communautaires ont contribué à la surveillance épidémiologique et au maintien des pompes d'hydrauliques villageoises dans les localités endémiques. Cette contribution a conduit à l'arrêt de la transmission du ver de guinée et permet actuellement en phase de post certification d'assurer la veille épidémiologique. - Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, l'expérience d'équipe de santé élargie aux ASC et impliquée dans les activités communautaires au niveau des ESPC a montré que le modèle de « ASC-Coach » encadrant d'autres ASC favorise une plus grande rétention des PVVIH dans les soins (traitement antirétroviral). En outre, l'expérience de l'observatoire communautaire sur le traitement (RIP+/ITPC) montre le rôle primordial joué par les acteurs communautaires dans le suivi des services liés au VIH et dans l'orientation d'activités ciblées de plaidoyer susceptibles d'améliorer l'accès à des services de qualité, en particulier pour les populations clés sous-desservies (p. ex. les migrants, les adolescents, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les usagers de drogues injectables, les prisonniers et les personnes transgenres).
Santé maternelle et infantile
<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), l'engagement des groupes de soutien à l'allaitement exclusif dans les activités de nutrition communautaire et de surveillance nutritionnelle a renforcé le dépistage et la prise en charge communautaire des cas de malnutrition aiguë modérée et sévère. - L'expérience de l'ICCM (Integrated Community Case Management) relative aux services intégrés de prise en charge des principales maladies de l'enfant montre comment les ASC, organisés en réseau selon le paquet d'activités qui leur est confié, peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé - Les expériences de Distribution à base communautaire des produits contraceptifs (MSHP_PNSME/UNFPA), Ecoles des Maris et Dialogue communautaire montrent la pertinence de l'implication et de la participation de la communauté (à travers les ASC, maris modèles et cellules locales de communication) dans l'amélioration des indicateurs de santé maternelle.
Vaccination et recherche de perdus de vue
<p>Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, la recherche des enfants Perdus de Vue, incomplètement vaccinés, non vaccinés et des femmes enceintes, aux côtés du Programme Elargie de Vaccination (PEV), montre comment l'implication et la participation de la communauté, à travers les ASC, praticiens de la médecine traditionnelle, les volontaires communautaires, et acteurs communautaires des ONG, ont permis d'une part, d'aboutir à l'interruption de la transmission de la poliomyélite et à la certification de son éradication, et d'autre part à rechercher, retrouver et vacciner les enfants perdus de vue.</p>

¹⁰ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2021). Rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire (dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)

Expériences de participation multisectorielle

L'expérience de l'approche d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) a mis en relief le rôle des communautés, à travers les Comités Villageois de Suivi (CVS) formés, dans le processus de prise de conscience et de changement de comportement face aux problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant.

Expériences de cogestion communautaire des problèmes de santé

L'expérience de services de santé de niveau primaire gérés par la communauté à travers les comités de gestion (COGES) répond à la demande croissante des populations pour des soins de santé de qualité et à moindre coût.

II. Démarche méthodologique d'élaboration

Le PSNSC 2022-2025 a été élaboré selon une approche participative et de co-construction avec les responsables de la Direction de la santé communautaire (DSC) pour garantir la transmission des compétences à chaque étape et avec les organisations de la société civile de santé pour l'appropriation et l'opérationnalisation du plan. Le PSNSC a été élaboré suivant 3 grandes étapes : (i) phase préparatoire ; (ii) phase de mise en œuvre ; et (iii) phase de validation

II.1 - La phase préparatoire

Elle a consisté en l'organisation de la réunion de cadrage et de l'atelier de validation du rapport d'évaluation du PSNSC 2017-2021.

La réunion d'orientation et de cadrage a permis d'identifier les rôles et responsabilités des parties prenantes et de s'accorder sur la méthodologie de la mission. Un Groupe Technique de Travail (GTT) composé de sous-groupes (planification et pérennisation ; suivi-évaluation ; financement et budgétisation) a supervisé l'élaboration et la validation du PSNSC

La validation du rapport de l'évaluation du PSNSC 2017-2021 par les acteurs et parties prenantes de la santé communautaire a permis de faire le bilan de la mise en œuvre du plan stratégique précédent, d'identifier ses forces et ses faiblesses, ses goulots d'étranglements et de faire des recommandations.

II.2 – La phase de mise en œuvre ou d'élaboration proprement dite du PSNSC

Elle a comporté successivement

(a) l'analyse de la situation (incluant une revue documentaire et les entretiens avec les personnes ressources ou informateurs clés);

(b) la planification (avec l'organisation de l'atelier de planification visant à définir le cadre des résultats, les axes stratégiques, et les actions prioritaires et activités du nouveau PSNSC), et de l'atelier de réflexion sur le financement de la santé communautaire qui a consisté à identifier les expériences réussies de mobilisation de ressources pour le financement des interventions communautaires et les mécanismes de financements innovants et pérennes de motivation des ASC;

(c) l'élaboration du PSNSC 2022-2025 et ses annexes, avec le PSNSC bâti autour des axes suivants :

i) l'analyse de la situation, ii) les problèmes prioritaires et défis, iii) le cadre des résultats, iv) les stratégies d'interventions, v) le cadre de mise en œuvre, vi) le cadre de suivi évaluation, vii) les besoins en ressources humaines santé communautaires, matériels et équipement sur les 5 ans, viii) le statut et la motivation du personnel communautaire, ix) le financement de la stratégie (budget, stratégie de mobilisation de ressources, mécanismes innovant de financement). Sur la base du draft du PSNSC et du cadre des résultats, les annexes du PSNSC 2022-2025 suivants ont été élaborés :

- *Le Plan de suivi et évaluation*
- *Le Plans opérationnels*
- *Le rapport sur les expériences et mécanismes de pérennisation de financement :*
- *Le Plan gestion des risques*
- *La Budgétisation du plan stratégique de la santé communautaire 2022-2025*

II.3 - La phase de validation et de diffusion

Elle a été marquée par la finalisation du plan stratégique de la santé communautaire 2022-2025 à travers un atelier qui a fait la revue du document et de ses annexes, et intégré à ceux-ci, les observations collectées lors de l'atelier de validation, à l'effet de finaliser les différents livrables.

PARTIE 2 : ANALYSE STRATEGIQUE

L'analyse de la situation de la santé communautaire en Côte d'Ivoire a été faite selon « une analyse causale » qui a permis d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et menaces dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Cette analyse porte sur : (i) la gouvernance et le leadership, (ii) les ressources humaines de la santé communautaires, (iii) les prestations, (iv) le système de suivi évaluation des interventions communautaires, (v) le financement des interventions de la santé communautaire.

III. Analyse stratégique de la gouvernance et du leadership

La mise en œuvre des interventions communautaires mobilise de nombreux acteurs de secteurs différents appelés à agir en synergie et de façon intégrée dans un mode de gouvernance adapté et un leadership affirmé (notamment de la communauté). L'analyse de la gouvernance et du leadership porte sur : i) le cadre réglementaire et institutionnel (politiques, lois, règlements et directives développés), ii) la planification des interventions de la santé communautaire, iii) la coordination des interventions communautaires et de l'action humanitaire et iv) le leadership et engagement communautaire.

III.1. Cadre réglementaire et institutionnel (politiques, lois, règlements, directives et procédures, etc.) de la santé communautaire en Côte d'Ivoire.

Le cadre réglementaire et institutionnel de la santé communautaire est déterminant pour soutenir les interventions communautaires et faire en sorte que les règles du jeu soient les mêmes pour toutes les parties prenantes, quelle que soit leur niveau d'implication. Il est régi par plusieurs textes législatifs, réglementaires et directives dont les plus importants sont :

- **La déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP) en 1978** d'où découlent plusieurs initiatives (déclaration de Harare sur la mise en place des districts sanitaires en 1987, Initiative de Bamako en 1987 relative au financement des soins de santé primaire et à la participation communautaire, déclaration d'Addis Abeba en 2006 sur la santé communautaire, déclaration de Ouagadougou en 2008 sur l'affirmation de « l'appropriation et de la participation communautaire » comme un des domaines prioritaires des soins de santé primaires) visant à opérationnaliser les SSP dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines¹¹ ;
- **La charte d'Ottawa en 1986 relative à la promotion de la santé** (1^{ère} Conférence sur la promotion de la santé) qui renforce l'action de la communauté en leur conférant le pouvoir et les capacités d'agir sur les déterminants de leur propre santé ;
- **Les objectifs de développement durable (ODD)** qui sont définis par les Nations Unies pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent dans la paix et la prospérité d'ici à 2030 ;
- **Le plan national de développement sanitaire (PNDS)** qui est le cadre unique des interventions de santé dans le pays. Il s'aligne sur le Plan national de développement ;

¹¹ Politique Nationale de la Santé Communautaire

- **Le cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire / Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2015)**, représentant le cadre de référence des interventions communautaires en Côte d'Ivoire ;
- **La loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'état aux collectivités territoriales**. Elle dispose que les Collectivités territoriales concourent avec l'Etat au développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et scientifique des populations et, de manière générale, à l'amélioration constante de leur cadre de vie. Les affaires transférées sont dévolues de plein droit à la région, au département, au district, à la ville ou à la commune et sont gérées, selon le cas, par les conseils de ces collectivités territoriales ;
- **Décret n° 96-316 du 24 Avril 1996 portant création et organisation du Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS)** placé sous la tutelle du Président de la République et qui a pour mission de : (i) examiner l'état d'avancement des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les pathologies prioritaires, (ii) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire national, (iii) et particulièrement, de donner des conseils, suivre et contrôler l'exécution des programmes d'hygiène publique ;
- **Le décret N° 2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du MSHPCMU** qui modifie la dénomination et les attributions de la direction en charge de la santé communautaire en vue de renforcer la coordination et le suivi évaluation des interventions de santé communautaire ;
- **Le décret n°93-218 du 3 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales situées en dehors du ressort territorial des communes** qui prévoit la composition et le fonctionnement du COGES ;
- **La politique nationale de santé communautaire/ Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (2021)** qui est le cadre d'orientation des interventions communautaires en Côte d'Ivoire ;
- **La note circulaire N°1205 du 14/02/2020** qui adresse la distribution communautaire des ARV, **la note circulaire N°0034 du 10 juin 2020** qui adresse la distribution communautaire des préservatifs et gels lubrifiants dans le cadre du programme VIH, **la note circulaire** relative à la délégation de tâches en santé de la reproduction et celle qui **autorise la distribution des ARV dans la communauté chez les PVVIH stables** ;
- **Les documents stratégiques des directions, programmes de santé et autres ministères impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires**, tels que le Guide d'harmonisation des interventions des conseillers communautaires dans le cadre de la prévention du VIH et de la PEC des PIAVIH, les Normes de qualité des services de prévention et de PEC des IST/VIH/SIDA chez les professionnels du sexe en Côte d'Ivoire, le Document de Normes de qualité des Soins Palliatifs en Côte d'Ivoire, 2007, les Manuels de formation des travailleurs communautaires en soins palliatifs en Côte d'Ivoire (Guide du formateur, Manuel de référence, Cahier du participant), 2007, le Guide de prise en charge pratique en soins palliatifs à l'usage des prestataires communautaires, les documents relatifs au Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaires (FRANC), la stratégie nationale de nutrition et DPE mise en place par le SE-CONNAPE dans une approche multisectorielle, etc.
- **Les Manuels de formation des ASC de base, ASC Coach** (guide du formateur, manuel technique du participant, cahier du participant) **et des autres acteurs communautaires (groupement féminin (GF), EdM, EdFM, CLC etc.) et les Documents opérationnels de coordination et de suivi des interventions communautaires** (manuel des Directives du PMA des ESPC intégrant les

activités communautaires, paquet Minimum des activités des ASC, manuel de procédures SIGL-intégré-CI, document de Politique Nationale de Délégation des Tâches en SR/PF, guide de mise en œuvre de la supervision dédiée des ASC en Côte d'Ivoire, référentiel national de mise en œuvre des interventions communautaires, guide national d'approvisionnement et de distribution des produits de santé au niveau communautaire, manuel de procédures de gestion des données communautaire, document opérationnel d'intégration des interventions de santé communautaire dans la coordination et le suivi-évaluation à chaque niveau de la pyramide sanitaire, le FRANCS ...).

Aux niveaux central et décentralisé (régions et départements), la plupart des structures du niveau central (78%) déclarent connaître le cadre réglementaire et institutionnel de la santé communautaire, contre 87,5% au niveau régional et 81% au niveau départemental¹².

Toutefois, il se pose le problème de la faible appropriation et application effective de tous les documents normatifs définis par ce cadre réglementaire et institutionnel.

L'analyse montre que certains documents normatifs (*exemple du document de politique nationale de la santé communautaire*) ne sont pas suffisamment diffusés auprès des acteurs de décision et de mise en œuvre. En outre, leur contenu est parfois peu compréhensible du fait d'une absence d'orientation des acteurs sur celui-ci.

Au niveau communautaire, il n'existe pas de textes organisant les acteurs communautaires à l'exception des Comités de Gestion des Etablissements de Santé (COGES) qui sont régis par le Décret N° 93-218 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales. Cependant, ce décret, peu connu par les acteurs suscite une mauvaise interprétation avec pour conséquence la gestion non transparente, le dysfonctionnement des comités.

De façon globale, le cadre réglementaire et institutionnel présente des insuffisances de textes et directives pour faciliter la mise en œuvre adéquate des interventions communautaires. C'est le cas par exemple :

- ☛ *Des Coordonnateurs des activités communautaires de la région et du district (CAC) qui ne disposent d'aucun texte administratif encadrant leur désignation et leur accompagnement par les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) dans la coordination et les Directeurs Départementaux de la Santé (DDS) dans la mise en œuvre des interventions communautaires.*
- ☛ *Des acteurs communautaires exerçant aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et péri-urbain qui, à l'exception du mécanisme de motivation des Agents de Santé Communautaires (ASC) (relais entre la communauté et les Etablissements de Santé de Premier Contact) défini par les parties prenantes dans le PSNSC 2017-2021, ne disposent pas d'un cadre juridique (lois, décret, arrêté, circulaire) définissant leur statut légal ainsi que leur mécanisme de motivation. Ils ne sont donc protégés par aucun texte réglementaire dans l'exercice de leur mission.*

¹² Rapport de la revue finale du PSNSC 2017-2021

III.2. Planification des interventions de la santé communautaire

La planification des interventions de la santé communautaire renvoie au processus participatif impliquant toutes les parties prenantes pour déterminer les objectifs de développement communautaire durable qui répondront le mieux aux besoins et aux aspirations des communautés en utilisant efficacement toutes leurs ressources.

La Côte d'Ivoire a élaboré son premier plan stratégique de santé communautaire en 2017 (pour la période 2017-2021). L'élaboration de ce plan a été participatif et a permis d'identifier les besoins en santé des communautés au niveau national et de définir les priorités. Cependant, le processus d'élaboration de ce plan stratégique n'a pas été achevé car les documents annexes notamment le plan opérationnel, le plan de suivi évaluation et le budget du plan n'ont pas été élaborés, constituant ainsi un handicap dans sa mise en œuvre.

En outre, à l'instar des autres documents normatifs, le plan stratégique n'a pas été suffisamment diffusé auprès des acteurs de mise en œuvre, ce qui a posé le problème de son appropriation et de son application effective. La revue finale du PSNSC 2017-2021 a montré que 56% des acteurs du niveau central en disposaient contre 82% au niveau régional et 53% au niveau départemental. Au niveau des ESPC interrogés 73% ont eu connaissance du PSNSC 2017-2021 et seulement 57% ont bénéficié d'une restitution/formation sur son contenu.

Par ailleurs, au niveau décentralisé, les interventions communautaires sont intégrées dans les plans de santé des régions et districts sanitaires. Malheureusement, ces plans ne prennent pas en compte suffisamment les besoins et aspirations des communautaires car ils sont le plus souvent élaborés par l'équipe cadre de district sans la participation effective des communautés.

Au niveau local, le processus de planification est méconnu par la communauté. Elle ne dispose pas de plan d'action communautaire qui identifie leurs besoins réels, les priorités, les cibles et les stratégies de mise en œuvre avec des indicateurs de performance. Les interventions sont mises en œuvre à partir des besoins identifiés par les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) auxquels ils sont rattachés.

Enfin, le pays ne dispose pas encore d'un guide de planification avec des orientations claires sur la conduite du processus à tous les niveaux (central et périphérique). Toutefois, le référentiel des interventions communautaires qui vient d'être élaboré par les parties prenantes de la santé communautaire en Côte d'Ivoire devrait servir de base aux acteurs tels que les Coordonnateurs des activités communautaires (CAC) dans la planification des interventions communautaires, à condition de son appropriation effective.

III.3. Coordination des interventions communautaires

La coordination des interventions communautaires renvoie au dispositif mis en place, à différents niveaux (central, régional, périphérique) pour assurer une conjonction des tâches et des efforts des parties prenantes, en vue de l'objectif commun d'amélioration de la santé des communautés.

Au niveau central, la coordination des interventions communautaires est dévolue aux entités suivantes :

- ☛ **Le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS)** placé sous la tutelle du Président de la République. De cette façon, l'action sanitaire est devenue une priorité nationale plutôt qu'une priorité pour le Ministère de la santé et le CNAS est dévolu à la coordination de toutes les

interventions sanitaires incluant la santé communautaire. Son décret de création prévoit au moins deux réunions annuelles de coordination. Malheureusement, cet organe n'est pas fonctionnel. La quasi-totalité des acteurs de la santé communautaire interrogés méconnaissent l'existence du décret portant création, organisation et fonctionnement du CNAS. Les recherches effectuées sur le fonctionnement dudit comité n'ont révélé aucune trace de réunion depuis la prise du décret en 1996. En outre, les arrêtés qui devaient clarifier son mandat, sa structure de responsabilités (organisation interne nécessaire pour répondre à ces objectifs), ainsi que les ressources techniques et financières pour effectuer son travail de façon durable son inexistant.

- ☛ **La Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé (DSCPS)** jouant le rôle de coordonnateur dans les différents organes de coordination mis en place. Elle élabore et diffuse les documents de référence pour la fonctionnalité des cadres de coordination et assure le plaidoyer et la mobilisation des ressources nécessaires. Cependant, les activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources sont insuffisamment mises en œuvre. Deux principales causes sont à l'origine de ce goulot d'étranglement : premièrement, l'absence de documents de référence pour la conduite du plaidoyer et de la mobilisation de ressources ; la planification stratégique initiale n'étant pas allée jusqu'à son terme (*tel qu'expliqué dans la section précédente sur la planification des interventions communautaires*), deuxièmement, l'insuffisance de compétences des ressources humaines de la DSCPS en plaidoyer et mobilisation de ressources.
- ☛ **Le Cadre de Concertation Permanent des acteurs Impliqués dans la santé communautaire (CCPISC)** mis en place par les parties prenantes de la santé communautaire en CI pour pallier la non-fonctionnalité du CNAS. Le CCPISC est composé de l'organe central et de trois (3) sous-groupes thématiques qui sont : (i) coordination, orientation et planification, (ii) mobilisation des ressources et (iii) suivi-évaluation. Ce cadre qui regroupe les représentants du Ministère en Charge de la Santé, les partenaires techniques et financiers, les partenaires de mise en œuvre, les organisations de la société civile, les collectivités territoriales ainsi que tous les autres ministères et institutions concernés par la santé communautaire est une plateforme d'échanges qui a pour mission de faciliter l'opérationnalisation du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire. Malgré qu'il ne soit pas encore un cadre formel (arrêté de création en cours) le comité central du CCPISC a tenu, en 2021, 60% des réunions périodiques (trimestrielles/semestrielles) programmées. Cette performance pourrait être liée à l'absence d'arrêté ministériel pour formaliser le cadre qui serait le point de départ d'une stratégie de vulgarisation auprès des différentes parties prenantes pour une meilleure adhésion.

Au niveau régional la coordination des interventions communautaires est dévolue aux entités suivantes :

- ☛ **Le Comité Régional de l'Action Sanitaire (CRAS)**, démembrement régional du Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS). Placé sous la tutelle du Préfet de Région, il est chargé de : (i) faire la revue régionale de l'exécution du Plan national de Développement sanitaire, (ii) réaliser la synthèse de l'état d'avancement dans la région des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires et, en particulier, des programmes d'hygiène publique, (iii) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire régional. Tout comme le CNAS, les CRAS ne sont pas fonctionnels.

- ☛ **L'Equipe Régionale de Santé (ERS)** assurant la coordination des interventions communautaires à travers des réunions mensuelles de coordination, ainsi que le plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Le Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC région), nommé par le DRS, est le point focal des interventions communautaires au niveau régional. Le CAC région n'a pas de profil type défini (médecin, sage-femme, infirmier) et ne dédie qu'une partie de son temps aux activités communautaires. L'analyse révèle, en outre, qu'aucun CAC région ne dispose d'une note de service officielle de désignation par le DRS, décrivant les tâches précises qui lui sont attribuées. A ce jour, seules quelques DRS sont pourvus de CAC formés et briefés sur leurs tâches
- ☛ **Le Comité Local Régional**, représentation régionale du Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC). Il est composé du Préfet de région (qui assure la présidence), de la Direction Régionale de la Santé (qui assure le secrétariat), des autres directions régionales, des représentants de la société civile, des représentants des PTF, des collectivités locales, des leaders communautaires et du secteur privé. Les réunions sont semestrielles avec un rapport qui est transmis au comité central. Les comités locaux Régionaux ne sont pas encore installés.

Au niveau périphérique (Département/district sanitaire, ESPC et communautés) la coordination des interventions communautaires est dévolue aux entités suivantes :

- ☛ **Le Comité Départemental de l'Action Sanitaire (CDAS)**, démembrement départemental du Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS). Placé sous la tutelle du Préfet de département, il est chargé : (i) de faire la revue départementale de l'exécution du Plan National de Développement Sanitaire, notamment la coordination de tous les services concourant à l'amélioration de l'état de santé des populations, (ii) d'examiner l'état d'avancement dans le département des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires, et en particulier des programmes d'hygiène publique, (iii) de vérifier la mise en œuvre effective du Paquet minimum d'activités dans toutes les formations sanitaires du département, (iv) de faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire départemental. Tout comme le CNAS, les CDAS ne sont pas fonctionnels.
- ☛ **L'Equipe Cadre de District (ECD)** assurant la coordination des interventions communautaires au niveau départemental à travers des réunions mensuelles de coordination, ainsi que le plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Le Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC district), nommé par le DDS, est le point focal des interventions communautaires au niveau départemental. Le CAC district n'a pas de profil type défini (médecin, sage-femme, infirmier) et ne dédie qu'une partie de son temps aux activités communautaires. L'analyse révèle que tous les DS sont pourvus de CAC formés et briefés sur leurs tâches. Toutefois, dans certains DS, le CAC district nommé par le DDS est parfois changé sans note de service et briefing de son successeur.
- ☛ **Le Comité Local Départemental**, représentation départementale du Cadre de Concertation Permanent des acteurs Impliqués dans la Santé Communautaire (CCPISC). Il est composé du Préfet de département (qui assure la présidence), de la Direction départementale de la Santé (qui assure le secrétariat), des sous-préfets, des chefs des services déconcentrés, des représentants des PTF, des représentants de la société civile, des collectivités locales, des leaders communautaires, du secteur privé et des représentants des ASC. Il tient des réunions

trimestrielles avec un rapport qui est transmis au comité régional. Il a pour mission de faciliter l'opérationnalisation du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire. Les comités locaux Départementaux ne sont pas encore installés.

- ☛ **Le Comité Local Sous préfectoral** assurant la coordination des interventions communautaires au niveau sous-préfectoral. Il est composé du Sous-Préfet (assure la présidence), du Médecin chef/infirmier/sage-femme (assure le secrétariat), des chefs des services déconcentrés, des représentants de la société civile, des collectivités locales, des leaders communautaires, du secteur privé, des représentants des PTF et des représentants des ASC. Les réunions sont mensuelles avec un rapport qui est transmis au comité départemental. A ce jour, les comités locaux Sous préfectoraux ne sont pas encore installés.

Les Comités Locaux Villageois assurant les missions suivantes : (i) préparer, mettre en œuvre et faire le suivi-évaluation du plan d'action villageois, (ii) superviser et faire le suivi - évaluation des activités des acteurs de mise en œuvre au niveau village; (iii) faciliter les interventions des acteurs communautaires, (iv) rechercher et mobiliser des fonds nécessaires, (v) Identifier les ASC, (vi) assurer la participation effective et la mobilisation des communautés, (vii) assurer la coordination des interventions communautaires au niveau des villages, (viii) œuvrer à la qualité des interventions communautaires. Les comités villageois sont composés du Chef de village (Présidence), l'infirmier/sage-femme (Secrétariat), le représentant de l'administration, l'ASC (Secrétariat en cas d'absence de centre de santé), les autres comités de gestion, le représentant de la jeunesse, le représentant des femmes, le représentant Chef traditionnel/coutumier, le représentant des communautés religieuses, la mutuelle de développement. Les réunions sont mensuelles avec un rapport qui est transmis au comité sous préfectoral.

L'analyse montre un déficit de coordination des activités communautaires au niveau des villages du fait de l'insuffisance de leur mise en place et du dysfonctionnement des COGES lié à une méconnaissance des textes et une insuffisance de suivi du District Sanitaire.

Au total, l'analyse de la coordination des interventions communautaires à différent niveau révèle des goulots d'étranglement tant sur les aspects de formalisation des cadres de coordination (prise de décret et arrêté), que de l'appropriation et de la mise en application des dispositions portant organisation et fonctionnement de ces cadres. En effet, le pouvoir et l'autorité de telles structures dépendent de leur composition, des dispositions institutionnelles et de l'existence d'un budget pour appuyer leurs activités.

III.4. Coordination de l'Action Humanitaire

La coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé dont le mandat est défini plus haut reste faible à tous les niveaux. Il n'existe pas de cadre réglementaire régissant la collaboration entre les différents acteurs de l'action humanitaire, avec pour conséquence la non-harmonisation Tabdes interventions. En outre, le cadre permanent de concertation mis en place par les parties prenantes de la santé communautaire ne dispose pas d'un groupe de travail dédié à l'action humanitaire. Ainsi, la coordination de la collecte, l'analyse et la diffusion et/ou la communication des informations capitales sur les risques sanitaires, les besoins, l'action du secteur de la santé, les lacunes et les réalisations sont très peu développées occasionnant une faible visibilité sur les interventions réalisées.

Par ailleurs, la DSCPS n'est pas suffisamment impliquée dans le Comité de Coordination Elargi (CCE)¹³, dans le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) et dans le cadre de collaboration qui réunit les organismes internationaux et nationaux aux convergences de vue en matière de lutte contre la pauvreté. De même, l'engagement et la collaboration entre les entités ministérielles (Santé, Sécurité, Protection Sociale) sont quasi inexistantes.

III.5. Analyse du leadership et engagement communautaire

Le leadership et l'engagement communautaire devraient permettre d'adresser deux défis majeurs : **(i) l'implication des collectivités locales** et **(ii) la mobilisation, participation et engagement des communautés.**

L'analyse de la situation a permis de réaliser plusieurs revues dont le cadre juridique et institutionnel encadrant la participation et l'engagement communautaire et la mise en œuvre des stratégies d'engagements communautaires au niveau central, régional, district et communautaire.

- **Au niveau central**

Plusieurs textes législatifs et réglementaires (lois, décrets, arrêtés, etc.) ont été pris au niveau central pour encadrer la participation et l'engagement communautaire. Le rapport d'évaluation du PSNSC 2017-2021 a montré que 78% des acteurs au niveau central connaissent l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. 68% des structures du niveau central affirment l'implication des collectivités locales, des autres services sociaux de base et des ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Cependant force est de constater la faible application effective des textes législatifs, réglementaires et documents encadrant la participation et l'engagement communautaire.

Au niveau central, la faitière des collectivités locales (UVICOCI) est membre du Cadre Permanent de Concertation sur la santé communautaire. Une proportion de 64% des structures interviewées ont affirmé avoir connaissance de l'existence d'un mécanisme de collaboration entre les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG.

- **Au niveau Régional**

Au niveau régional on note que 87,5%, des acteurs connaissent l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. Cependant force est de constater la faible application du décret N°96-316 encadrant la participation et l'engagement communautaire. En effet, ce décret institue le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS) dont l'une des attributions au niveau régional est de faire la revue de l'exécution du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Cette revue devrait aborder « *le Renforcement de la participation et l'engagement communautaires* ». Le CNAS étant un cadre multisectoriel, l'absence de cette revue est une opportunité manquée d'adresser les priorités régionales en matière de participation et d'engagement communautaire.

- **Au niveau périphérique (Département/district sanitaire, ESPC et communautés)**

-Au niveau des districts, l'analyse situationnelle a montré que 93% des districts connaissent l'existence du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. Cependant force est de constater la faible application du décret N°96-316 encadrant la participation et l'engagement communautaire. En effet, ce décret institue le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS) dont l'une des attributions au niveau départemental est de faire la revue de l'exécution du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) notamment la coordination de tous les services

¹³ Arrêté n°805/PM/CAB du 24 août 2020 portant modification de l'arrêté n°258/PM/CAB du 27 juin 2014

concourant à l'amélioration de l'état de santé de la population ainsi que la vérification de la mise en œuvre du PMA de toutes les formations sanitaires du district.

Cette revue devrait aborder la question de l'implication de tous les secteurs dans les priorités énoncées au niveau régional en matière de participation et d'engagement communautaire, mais surtout faire le suivi et la mise en œuvre du décret N° 93-218 fixant les règles de gestion d'une formation sanitaire rurale qui attribue un rôle administratif, technique du comité de gestion de la formation sanitaire. Le CNAS étant un cadre multisectoriel, l'absence de cette revue est une opportunité manquée d'adresser les priorités départementales en matière de participation et d'engagement communautaire.

- **Au niveau local** (ESPC et communauté), l'analyse situationnelle a montré que 75% ont déclaré connaître de l'existence du PSNSC 2017-2021 et 83,3% affirment mener les activités conformément à la stratégie communautaire nationale. Aussi, les ESPC ont cité plusieurs stratégies communautaires notamment : (i) l'utilisation des ASC (27,6%), (ii) l'utilisation des leaders religieux (21,8%), (iii) l'utilisation des groupements féminins (19,9%), (iv) le dialogue communautaire (11,5%). Le comité de gestion du centre de santé (COGES), Comité Villageois de Santé (CVS) et Comité Villageois de Développement (CVD) existent dans certaines localités. Dans les 74 localités visitées lors de l'évaluation, l'existence du COGES est confirmée par 74,4% des membres des notabilités et leaders religieux, 85,3% des ASC et 85,3% des autres acteurs communautaires. Ensuite, vient le CVD connu de 76% des membres des notabilités et leaders religieux, 77,3% des ASC et 71,0% des autres acteurs communautaires.

Par ailleurs, l'on note la non fonctionnalité de certains COGES et l'inexistence des structures communautaires comme les CDV / CDQ / CDC dues à l'absence de référentiel mettant en exergue une participation des communautés dans tout le processus de diagnostic, de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des interventions communautaires en santé ainsi qu'une méconnaissance des textes.

Aussi, dans la cogestion des structures de santé avec une implication accrue de la communauté, a t'il été mis en place des établissements sanitaires à base communautaire (ESCOM). *Bien que les ESCOM assurent l'offre de services de santé à la communauté avec leur adhésion, on note des insuffisances dans leur fonctionnement et l'exécution de leurs missions ainsi qu'une insuffisance d'accompagnement. Une évaluation de l'approche ESCOM sera faite pour ressortir les forces et faiblesses et adresser les solutions.*

Il ressort de cette analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gouvernance, leadership et engagement communautaire, les problèmes prioritaires suivants :

Tableau 5 : Synthèse des problèmes liés à la gouvernance, leadership et engagement communautaire

AXE 1 : GOUVERNANCE, LEADERSHIP ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	
COMPOSANTES	PROBLEMES PRIORITAIRES
1. Cadre réglementaire et institutionnel (politiques, lois, règlements, directives et procédures, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de textes réglementaires : lois, décrets, arrêtés, régissant le fonctionnement de la santé communautaire (Exemple : statut des ASC, ...) - Faible appropriation et application et des textes réglementaires et documents normatifs par les acteurs régissant le fonctionnement de la santé communautaire
2. Planification des interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Faible maîtrise du processus de planification par les acteurs de la santé communautaire à tous les niveaux

	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de planification (Plan d'Action Communautaire) au niveau décentralisé et communautaire.
3. Coordination des interventions communautaires et de l'action humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources humaines communautaire à tous les niveaux - Faible interactivité entre la DSCPS et les différents acteurs de la santé communautaire à tous les niveaux - Absence de cadre de coordination des activités communautaires à tous les niveaux - Faible visibilité des interventions à tous les niveaux - Faible coordination de l'action humanitaire à tous les niveaux
4. Leadership et engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement des COGES - Faible implication du COGES dans la gestion des activités communautaires - Couverture partielle du territoire par les CVD, CDQ - Absence de retro-information et de redevabilité des acteurs communautaires envers la communauté - Insuffisance dans l'accompagnement des structures communautaires par les districts, régions contrairement à leur mandat tel que défini dans l'arrêté N° 401 MSHP/CAB du 18 décembre 2007 - Manque de soutien (techniques/matériel/financier) des structures communautaires (COGES/GAC/Groupement féminin/CVD/CDQ)

IV. Analyse des Ressources Humaines (RH) de la santé communautaire

L'analyse situationnelle de l'axe ressources humaines au niveau communautaire couvre trois composantes : (i) le profil des ressources humaines de la santé communautaire ; (ii) le renforcement des capacités (Formation/éducation et équipement) des ressources humaines de la santé communautaire ; (iii) la motivation des ressources humaines de la santé communautaire.

IV.1. Profil des ressources humaines (RH) de la santé communautaire

La Politique Nationale de la Santé Communautaire et le référentiel des interventions communautaires définissent les RH de la santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide : **Central**, **Intermédiaire** (Régional, départemental/District), **Local** (villages, quartiers, hameaux, campements) dont les rôles et responsabilités sont consignés dans des cahiers de charges et/ou des contrats de travail.

- **Au niveau central**

Les RH de la santé communautaire sont constituées par le personnel des ministères (santé et non santé), des ONG (nationales ou internationales), des faitières d'associations, des entreprises dans le cadre de la Responsabilité Sociétale d'Entreprise (RSE) et des partenaires techniques et financiers.

Elles interviennent au niveau stratégique, dans un rôle de supervision et/ou de coordination des activités des acteurs de terrain. Il s'agit d'acteurs ayant un certain niveau d'expertise, sans besoin d'appartenance à une communauté cible, le plus souvent employés à temps plein avec des contrats de travail.

- **Au niveau régional**

Les RH de la santé communautaire sont constituées globalement de personnel : (i) des Directions Régionales du ministère en charge de la santé (notamment les Coordonnateurs des Activités Communautaires régionaux), des ONG et associations locales, des structures déconcentrées des autres Ministères (Protection sociale ; Femme, famille et enfant / MFFE ; Santé animale ; Santé environnementale etc.), des collectivités décentralisées (conseils régionaux, mairies).

Le Coordonnateur régional des Activités Communautaires (CAC-région) coordonne l'action des acteurs de la santé communautaire du niveau régional au sein de l'équipe régionale de santé.

- **Au niveau périphérique (Département/district sanitaire, ESPC et communautés)**

Les RH de la santé communautaires au niveau départemental/district sont constituées globalement de personnel : (i) des Directions Départementales du ministère en charge de la santé (notamment les Coordonnateur des Activités Communautaires départementaux), des ONG et associations locales, des structures déconcentrées des autres Ministères (Protection sociale ; Femme, famille et enfant / MFFE ; Santé animale ; Santé environnementale etc.), des collectivités décentralisées (conseils régionaux, mairies).

Le Coordonnateur des Activités Communautaires du district (CAC-district), nommé par le DDS par note de service, coordonne l'action des acteurs de la santé communautaire du niveau départemental au sein de l'Equipe Cadre de District (ECD). Il n'a pas de profil type, il pourrait être un (Médecin, sage-femme, infirmier, technicien d'assainissement, travailleur social etc...) et dédie une partie de son temps aux activités communautaires. L'évaluation finale a indiqué que 100% des districts sanitaires ont un Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) soit un total de 113.

Le CAC district interagit, au niveau des ESPC et des communautés, avec les acteurs directs de mise en œuvre des activités de santé communautaire que sont : Les Agents de Santé Supérieur (ASS), les Agents de Santé Communautaire (ASC Base et ASC- Coach)¹⁴, les Agents de Développement Rural (ADR), les Leaders communautaires exerçant individuellement ou à l'intérieur d'un Groupement (COGES, GAC, CVD/CDQ, CLC, EdM, GF, etc.), les Superviseurs de terrain, les Conseillers communautaires (intervenant sur site et dans la communauté), les Acteurs communautaires de population clés (répartis en Pairs éducateurs ; Pairs navigateur ; Pairs éducateur en ligne).

Le référentiel national de mise en œuvre des interventions communautaires en santé décrit le GAC comme un groupe d'acteurs communautaires multisectoriels incluant l'ASC,

Un profil a été défini pour les ASC et une définition consensuelle des ASC existe ainsi qu'une cartographie nationale et une base de données des ASC. On dénombre, à ce jour, 17 308 ASC. Parmi eux, 16.308 ont été formés pour offrir un paquet d'activités intégrées dont 12.417 dans un rayon de plus de 5 Km.

La modélisation actuelle des données ne permet pas d'estimer à l'échelle nationale, sur la période 2022-2025, le nombre d'ASC nécessaires pour couvrir la population des communautés cibles.

En outre, en référence à l'analyse du mode de gestion des acteurs communautaires intervenant en **milieu urbain et péri urbain en Côte d'Ivoire**, les besoins en RH déterminés en fonction du Budget disponible et du ratio acteur communautaire par rapport à la population cible varie selon les partenaires. En effet, aucun exercice d'harmonisation au niveau national n'a été réalisé par les parties prenantes pour déterminer, sur la base d'un ratio harmonisé, le nombre minimum de population cible (PVVIH, Patient Tuberculeux, population clés, etc..) nécessaire pour assurer le suivi efficace par un acteur communautaire ; une démarche qui aurait. mis en évidence l'importance des gaps en termes de ressources humaines communautaires.

IV.2. Renforcement des capacités des RH de la santé communautaire

IV.2.1. Formation et équipement des RH de la santé communautaire

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation standardisés pour les acteurs de la santé communautaire tant du niveau central que décentralisé. En outre, il n'existe pas de plan de formation des membres des cadres de coordination existants et de leurs démembrements afin

¹⁴ Plan Stratégique National de Santé Communautaire 2017-2021.

que ces derniers jouent pleinement leur rôle en matière de développement de la santé communautaire.

En effet, nombreux sont ceux qui, en dehors de leur formation initiale, ont un besoin de renforcement des capacités sur certaines thématiques spécifiques de la santé communautaire (PS, CCSC, C4D, CLM, plaidoyer, etc.).

L'évaluation indique que la grande majorité des districts sanitaires (72%), ne dispose pas de plan de renforcement de capacités des acteurs communautaires. Seulement 26,4% des ESPC en disposent, alors que l'analyse de la situation a noté un besoin en renforcement des capacités sur les PMA communautaire.

Au niveau des communautés, une fois l'ASC retenu, il est formé sur la base des modules élaborés par le Ministère de la santé et selon la stratégie mise en œuvre aux différents niveaux du système de santé. Des directives sur la formation des ASC ont été élaborées par les parties prenantes sous l'impulsion de la Direction de la Santé Communautaire qui coordonne ces formations et en assure le suivi de la qualité. Il s'agit de : (a) la formation commune destinée à tous les ASC d'une durée de quinze (15) jours prenant en compte les interventions de tous les services et programmes au niveau communautaire et (b) une formation spécifique selon les interventions/programmes. Il arrive que certains partenaires techniques développent des modules de formation pour des thématiques spécifique (*Prise en charge communautaire du VIH, TB. Collecte et convoyage des échantillons de crachats, Technique de dépistage VIH, index testing, prise en charge alimentaire nutritionnel, Soins et soutien, etc.*). La quasi-totalité des ASC rencontrés (98,7%) lors de la revue ont affirmé avoir été formés sur leur PMA.

Pour mener à bien ses activités, l'ASC est équipé d'un kit constitué au minimum des éléments suivants: un badge d'identification d'ASC signé par le Directeur Régional de la Santé ou le Directeur Départemental de la Santé , un sac pour contenir les médicaments, outils, supports éducatifs, etc., une caisse à médicaments, une tenue (bottes, chasuble), un vélo de préférence tout terrain / moto, le matériel de soins : thermomètre à infrarouge, chronomètre (fréquence respiratoire), MUAC (périmètre brachial), les outils de collecte des données et fiches de référence, le matériel d'IEC/CCC : boîtes à images, etc., les outils de gestion : Cahier d'activités, registre, rapport mensuel, fiches de stock, les fiches d'orientation, boîte à pharmacie.

L'évaluation révèle que 97,3% des ASC ont été équipés (un vélo, une chasuble, un MUAC, un thermomètre à infrarouge, un sac à dos, des bottes, une torche, une boîte à pharmacie, une boîte à images et des outils de collecte de données.)

IV.2.2. Suivi et encadrement technique des RH de la santé communautaire

- **Au niveau central**

Le suivi et l'encadrement technique des RH menant des activités communautaires des programmes et projets de santé, des ONG nationales et internationales et des services extérieurs (DRS et DDS) est dévolue à la DSCPS comme le stipule l'article 25 du décret N°2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du MSHPCMU. Elle assure, par ailleurs, le suivi et l'encadrement techniques des membres des organes centraux et régionaux de coordination.

L'analyse de la situation montre que ce suivi et cet encadrement technique ne sont pas effectifs. Cela serait lié à l'insuffisance de compréhension des différentes attributions des structures et organisations impliquées dans la santé communautaire. En outre, il n'existe pas de cadre de rencontres régulières

d'échanges avec ces programmes et projets de santé, ONG nationales et internationales et services extérieurs (DRS et DDS).

- **Au niveau régional**

Au niveau régional, le suivi et l'encadrement technique des coordonnateurs d'activités communautaires (CAC) sont assurés par la DSCPS. Toutefois, la DSCPS ne dispose pas d'outil adapté prenant en compte le perfectionnement des RH des régions, notamment des CAC.

- **Au niveau périphérique (Département/district sanitaire, ESPC et communautés)**

Conformément à l'arrêté n°401/MSHP/CAB du 18 décembre 2007 modifiant le PMA des DRS et DDS, le suivi et l'encadrement technique des CAC-District sont assurés par le CAC région.

Au niveau de l'ESPC, le suivi et l'encadrement technique est sous la responsabilité du CAC District.

Au niveau des communautés, l'Agent de Santé Superviseur (ASS) est chargé de la supervision des ASC de base, ASC coach, conseiller communautaire, acteurs des populations clés, collecteur de données, para juriste, les délégués etc. de son aire de santé.

Les GAC au sein desquels se trouvent tous les acteurs au niveau communautaire bien que supervisés par l'ASS doivent réaliser régulièrement un auto-monitorage conformément au référentiel en vue d'identifier les niveaux d'amélioration en matière de santé globale des populations.

En milieu urbain et péri urbain, le suivi et l'encadrement technique des acteurs communautaires sont assurés par les responsables des organisations communautaires¹⁵. Un renforcement des capacités des Agents de Santé Superviseur (ASS), des Coordonnateurs des Activités Communautaires (CAC) est nécessaire sur les thématiques mis en œuvre par les acteurs en milieu urbain et péri urbain pour assurer un suivi de la mise en œuvre des interventions.

Toutefois, à l'instar du niveau Régional, il n'y a pas d'outil spécifique développé dans le sens du perfectionnement des RH (identification de besoins, plan de renforcement de capacités, plan de suivi de formations), bien que des séances de coaching des acteurs communautaires soient organisées.

IV.3. Motivation des ressources humaines de la santé communautaire

IV.3.1. Mécanismes de motivation

Deux grandes catégories de RH sont à distinguer au niveau de la santé communautaire : Ceux que l'on pourrait appeler « RH statutaires » (fonctionnaires, contractuels d'organisations intervenant dans la santé communautaire) et les acteurs communautaires (ASC, conseillers communautaires, etc.).

Les mécanismes de motivation concernant la première catégorie sont généralement encadrés par les contrats de travail et autres politiques / procédures RH en vigueur. Toutefois, des insuffisances qui peuvent être adressées par d'autres dispositifs globaux de gestion RH subsistent (aménagement de la charge de travail, équipements, reconnaissance, etc.).

Au niveau des acteurs communautaires, le plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 avait déjà défini deux types de mécanismes de motivation des ASC : les incitations financières et les incitations non financières.

- **La motivation financière**

La motivation financière des ASC se présente sous différents aspects :

¹⁵ Rapport de l'analyse du mode de gestion des acteurs communautaires intervenant en milieu urbain et péri urbain en Côte d'Ivoire

- La **prime forfaitaire** de base qui varie selon le type d'ASC. Ainsi, ils reçoivent un montant de : (i) 20 000 F CFA par mois pour l'ASC de base ; (ii) 30 000 FCFA par mois pour l'ASC Coach. Cette prime est payée tous les trois mois (trimestriellement) sur présentation des rapports d'activités validés par l'agent de santé superviseur.
- Les **primes ponctuelles** lors de l'organisation des campagnes de masse. En effet, lors de l'organisation des campagnes de masse, les ASC sont utilisées en priorité et bénéficient d'un forfait journalier variant entre 2 000 francs et 5 000 francs CFA/jour.
- Des **primes de performance** qui sont calculées sur la base d'indicateurs quantitatifs tirés des interventions à base communautaire prioritaires (les activités promotionnelles, préventives et ou curatives réalisées selon les normes etc.).
- Les **prises en charge lors des formations**. Cette prise en charge consiste au paiement d'un per diem journalier de 5 000 FCFA lorsque la formation a lieu à l'ESPC et de 10 000 FCFA lorsque cette formation a lieu hors de l'aire de santé (Chef-lieu du district, Chef-lieu de région). Lorsque la formation est organisée au niveau national, l'ASC est prise en charge selon le barème du partenaire financier de cette activité. Les frais de transport sont payés selon les tarifs en vigueur en tenant compte les distances parcourues.

- **La motivation non financière**

Elle se matérialise généralement par :

- La **Facilité d'accès aux soins**, c'est-à-dire que l'ASC bénéficie d'une exonération des frais de consultation et des autres actes de santé à l'exception des médicaments pour lui et sa famille dans le centre de santé de son aire. Dans les structures de santé de référence du district sanitaire et de sa région sanitaire, l'ASC et sa famille bénéficient d'une réduction de 50% sur les frais de santé à l'exception des médicaments.
- Le **Soutien de la communauté aux ASC**. Les communautés d'où sont issus les ASC contribuent à la motivation de ceux-ci à travers différentes initiatives telles que la création d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) selon une clé de répartition en fonction du nombre d'ASC de la localité, de champs communautaires (hévéa, cacao, anacarde, palmier à huile, vivriers, maraîcher, etc.). Ces initiatives permettent la pérennisation de la motivation des ASC et l'accroissement de la contribution de la communauté.
- Les **Reconnaisances honorifiques** (décorations, félicitations publiques, voyage de partage d'expérience, etc.) des ASC pour la qualité des services offerts aux communautés et pour leur performance.
- La **formation, supervision et dotation en équipement et matériel de travail** sont réalisées sur le terrain par de nombreux acteurs.

Des incitations importantes telles que la reconnaissance par le personnel de santé (confection de badge) et la communauté, les appels à témoigner et l'adhésion à une assurance ou autre groupe de soutien social sont moins utilisées. Le feedback, la rétro-information et les restitutions des évaluations pour montrer les changements observés grâce aux ASC sont des incitations non financières de motivation souvent sous estimées et négligées.

IV.3.2. Problèmes prioritaires liés à la motivation

L'analyse des mécanismes de motivation relève les problèmes prioritaires suivants :

- La **faible application des mécanismes de motivations des ASC** tels que définis dans les documents cadres en raison de la faible diffusion, information et sensibilisation des acteurs (utilisateurs des ASC et autres acteurs communautaires), de l'insuffisance de suivi de l'application des mécanismes nationaux de motivation des ASC existants, de l'absence d'un texte réglementaire formel instituant les mécanismes nationaux de motivation des ASC et de l'absence d'une évaluation ou une revue périodique de l'application des mécanismes de motivation des ASC.

- **La faible implication de la communauté en matière de motivation des ASC.** Cela s'explique par la faible information et sensibilisation des communautés sur leur contribution, l'absence d'une réglementation pouvant inciter la communauté à contribuer, la faible redevabilité de l'ASC envers la communauté (surtout concernant les dépenses occasionnées dans ses activités) et un grand nombre d'ASC non choisi par sa communauté (non-respect des critères de sélection).
- **L'absence de la contribution de l'Etat** dans la motivation financière des ASC. Cela est dû à l'absence de ligne budgétaire dans le budget de l'Etat.
- **L'absence d'orientation des lignes budgétaires des collectivités territoriales dédiées aux activités sanitaires** pour la motivation financière des ASC. Les lignes dédiées à la santé des collectivités territoriales ne sont pas sollicitées par les autorités sanitaires pour la motivation financière et non financière des acteurs communautaires (ASC et autres).
- **La faible prise en compte de la motivation des autres acteurs communautaires** (Conseillers communautaires, Pairs éducateurs ; Pairs navigateur, etc.) dans les documents cadres existant avec des primes de plus de 60 000 FCFA
- **L'insuffisance de la prime forfaitaire (ASC Base et ASC Coach) eu égard au paquet minimum et au coût de la vie.** La détermination de ce montant de base n'a pas été faite sur la base de ces de paramètres clés (PMA, coût de la vie, prise en charge sanitaire).

Il ressort de cette analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gestion et développement des RH de la santé communautaire, les problèmes prioritaires suivants :

Tableau 6 : Synthèse des problèmes liés aux Ressources Humaines (RH) communautaires

RESSOURCES HUMAINES COMMUNAUTAIRES	
COMPOSANTES	PROBLEMES PRIORITAIRES
1. Planification des ressources humaines de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de texte législatifs et/ou réglementaires définissant les statuts des Agents de Santé Communautaires en Côte d'Ivoire - Non application du processus de sélection des ASC et autres relais communautaires par les acteurs de la santé communautaire - Faible couverture des aires sanitaires en acteurs communautaires - Insuffisance de renforcement de capacité des ressources humaines à tous les niveaux sur certaines thématiques de la santé communautaires
2. Renforcement des capacités des ressources humaines de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'un plan national de formation des acteurs communautaires - Insuffisance de la durée de formation des acteurs communautaires qui demeure insuffisante au regard des tâches et du PMA qui leur est confié - L'insuffisance de supervisions des acteurs communautaires en quantité et en qualité par les agents de santé

V. Analyse stratégique des prestations communautaires

L'analyse des prestations de services de santé communautaire couvrent les composantes suivantes : (i) la Couverture et accès aux interventions de santé communautaire et (ii) l'Approvisionnement en infrastructures, matériels, médicaments et intrants stratégiques de mise en œuvre des interventions communautaires.

V.1. Couverture et accès aux interventions de santé communautaire

L'analyse de la couverture et de l'accès aux interventions de santé communautaire explore les éléments suivants : (i) Existence d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) et la participation active des communautés à sa mise en œuvre ; (ii) l'évaluation régulière de la satisfaction des bénéficiaires des interventions communautaires à tous les niveaux , de leur perception de la qualité, et des barrières pour l'accès aux interventions communautaires ; (iii) l'amélioration de l'accessibilité géographique des communautés aux interventions du PMA.

V.1.1. Paquet Minimum d'Activités (PMA) et participation active des communautés à sa mise en œuvre

L'analyse situationnelle a montré l'existence d'un PMA communautaire tel que défini dans le statut des agents de santé communautaire en Côte d'Ivoire. Ce PMA prévoit des services et activités suivantes : (i) les services promotionnels ; (ii) les services préventifs ; (iii) les services curatifs ; (iv) les services de surveillance ; (v) les services d'ordre administratif et de gestion.

L'analyse situationnelle a montré, en outre, l'existence d'une démarche qui indique un mécanisme mis en place pour répondre aux priorités de la population. Ce mécanisme est une démarche d'intervention qui décrit les étapes d'une Intervention à Base Communautaire (IBC). Elle présente les parties prenantes d'une IBC, avant d'aborder sa planification qui comprend le diagnostic communautaire (*analyse de la situation, priorisation des problèmes et solutions*) et l'élaboration du plan d'actions communautaires (PAC).

Cependant, plusieurs défis ont été identifiés dans le rapport de l'évaluation finale du PSNSC 2017-2021 notamment (i) absence de plan de formation des acteurs sur le référentiel ;(ii) faible connaissance des normes nationales d'utilisation des acteurs communautaires par les régions sanitaires ;(iii) non disponibilité de plan de renforcement de capacités des acteurs communautaires dans certains DDS et des ESPC ;(iv) insuffisance de connaissance des normes nationales d'utilisation des acteurs communautaires dans certains districts sanitaires ;(v) insuffisance de formation des acteurs communautaires sur le PMA ;(vi) insuffisance de supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux ;(vii) rupture d'outils de supervision à tous les niveaux ;(viii) non opérationnalisation de la stratégie de supervision dédiée aux acteurs communautaires ;(ix) non intégration des interventions communautaires en milieu urbain et périurbain dans les grilles de supervision ;(x) faible déploiement des ASC Coach au niveau des ESPC ;(xi) absence de valorisation de la contribution des acteurs communautaires à travers des statistiques liées au PMA.

V.1.2. Evaluation régulière de la satisfaction des bénéficiaires des interventions communautaires à tous les niveaux

La satisfaction des bénéficiaires, de leur perception de la qualité et des barrières pour l'accès aux interventions communautaires n'est pas régulièrement évaluée. Par ailleurs, la stratégie nationale de suivi dirigé par la communauté (CLM) impliquant la société civile, les groupes affectés et d'autres entités de la communauté dans l'amélioration la qualité des prestations communautaires n'est pas encore effective.

V.1.3. Accessibilité géographique des communautés aux interventions du PMA

Concernant l'accessibilité géographique des communautés aux interventions du PMA, le rapport de l'évaluation du plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021 indique que la santé communautaire en Côte d'Ivoire est confrontée à plusieurs défis qui entravent son développement. L'on note en Côte d'Ivoire des iniquités concernant essentiellement la disponibilité des soins et l'accessibilité géographique à ces soins. En effet, les interventions de santé communautaire ne

couvrent pas l'ensemble des localités d'une aire sanitaire, ni l'ensemble des aires de santé d'un même district/région sanitaire. De même la majorité des districts/régions sanitaires se trouve en deçà du ratio ressources humaines par district/région sanitaire (1ASC/2034 Hbts en 2020 et 1 ASC/1400 en 2025) cf. PNDS 2021.

L'évaluation a également montré une faible redevabilité des acteurs communautaires vis-à-vis de leurs communautés et une faible couverture géographique des acteurs communautaires.

En milieu urbain et péri urbain, les domaines prioritaires liés à la couverture et l'accès aux interventions de santé communautaire sont identiques à celui du milieu rural. Cependant, l'analyse situationnelle en milieu urbain et péri urbain a montré l'existence d'un PMA communautaire qui varie en fonction des thématiques des projets (VIH, TB, etc.) et des partenaires financiers. Il est donc important d'harmoniser au niveau national le paquet de services offerts par les acteurs communautaires intervenant dans ce milieu en fonction des thématiques des projets.

V.2. Approvisionnement en équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques de mise en œuvre des interventions communautaires

Concernant l'analyse sur l'approvisionnement en équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques au niveau des Agents de Santé Communautaires et des autres Acteurs Communautaires, elle explore différents éléments, notamment la gestion des stocks (district, ESPC, ASC), la quantification annuelle des besoins, la formation des acteurs, la circulation de l'information sur les disponibilités des stocks entre les régions, et la satisfaction des commandes des ESPC.

Au niveau central, la gestion des médicaments et intrants au niveau communautaire est régie par des documents notamment les notes circulaires, les arrêtés portant sur l'approvisionnement, la gestion et la dispensation des médicaments.

Au niveau régional, une proportion importante de régions sanitaires (75%), a affirmé disposer de ces documents. Cependant, dans la moitié des régions (50%), des ruptures en médicaments traceurs ont été signalées par des districts sanitaires au cours des six (6) derniers mois de 2021.

Au niveau district, une proportion importante de districts sanitaires (85,7%), a affirmé disposer de ces documents. Aussi, la quasi-totalité des districts sanitaires (97,6%) possèdent-ils la liste des médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire. Cependant, plus de la moitié des districts sanitaires (59,5%) a connu une rupture en médicaments et intrants pour les ASC entre le mois de juin et octobre 2021.

Au niveau des ESPC 83,3% ont affirmé disposer de médicaments et intrants utilisés au niveau communautaire. Cependant, 65,3% des ESPC visités ont reconnu qu'il y a eu des ruptures en médicaments et intrants durant les 6 derniers mois.

Au niveau des communautés, concernant les équipements donnés aux ASC et autres acteurs communautaires, les résultats montrent que les ASC ont pour la plupart reçu un vélo, une chasuble, un MUAC, un thermomètre, un sac à dos, des bottes, une torche, une boîte à pharmacie, une boîte à images et des outils de collecte de données. S'agissant de l'approvisionnement en médicaments essentiels et intrants au niveau communautaire, 74,7% des ASC connaissaient la liste de médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire et 50,7% d'entre eux, ont connu des difficultés à recevoir les médicaments et intrants pour leurs activités de prise en charge. Pourtant, 66,7% des ASC ont informé l'ESPC des difficultés d'approvisionnement.

Il ressort de cette analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces des prestations de services de santé communautaire, les problèmes prioritaires suivants :

Tableau 7 : Synthèse des problèmes liés à la prestation des interventions communautaires

PRESTATIONS DE SERVICES DE SANTE COMMUNAUTAIRE	
COMPOSANTES	PROBLEMES PRIORITAIRES
1. Couverture et accès aux interventions de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Non intégration des interventions communautaires en milieu urbain et périurbain dans les grilles de supervision - Faible déploiement des ASC Coach au niveau des ESPC - Faible implication des COGES dans la gestion des activités communautaires - Absence de rétro-information et de redevabilité des acteurs communautaires envers la communauté - Non-intégration du Diagnostic Communautaire (DC) et du Plan d'Action Communautaire (PAC) dans les attributions du GAC - Non intégration du suivi dirigé par la communauté dans les programmes prioritaires - Absence de plan de renforcement des capacités des acteurs sur le référentiel - Faible connaissance des normes nationales d'utilisation des acteurs communautaires par les régions sanitaires - Insuffisance de formation des Acteurs communautaires sur le PMA - Non opérationnalisation de la supervision dédiée des acteurs communautaires - Non intégration des interventions communautaires en milieu urbain et périurbain dans les grilles de supervision - Faible couverture des prestations de service communautaires sur l'ensemble des localités - Faible implication des COGES dans la gestion des activités communautaires - Absence de rétro-information et de redevabilité des acteurs communautaires envers la communauté
2. Approvisionnement en matériels et intrants stratégiques de mise en œuvre des interventions communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Non-respect du contenu standard du kit (de travail) de l'ASC par tous les acteurs de la santé communautaire - Ruptures en médicaments traceurs et intrants à visée communautaire pour les districts sanitaires, les ESPC et ASC - Insuffisance de ressources (matériels, équipements) adéquates mises à la disposition des acteurs communautaires pour la mise en œuvre des interventions communautaires - Insuffisance des capacités en gestion des stocks des ASC - Ruptures fréquentes et prolongées en médicaments au niveau des ASC (TDR, Amoxicilline, SRO+ZINC, CTA, paracétamol, et produits contraceptifs)

VI. Analyse stratégique du financement de la santé communautaire

Le financement de la santé communautaire est analysé autour de quatre (4) aspects que sont : i) le cadre réglementaire et institutionnel en matière de financement des interventions communautaires, ii) la mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires, iii) le financement de la motivation des acteurs communautaires et iv) les réalisations en matière de financement des interventions communautaires.

VI.1. Cadre réglementaire et institutionnel en matière de financement des interventions communautaires

Le financement de la santé en général et celui de la santé communautaire en particulier sont régis par un cadre réglementaire (décrets, arrêtés etc.) et institutionnel dont les éléments essentiels sont le décret n°93-218 du 3 février 1993, la loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003, l'arrêté n°400 MSHP/CAB du 18 DEC 2007, l'arrêté n°401 MSHP/CAB du 18 DEC 2007, l'arrêté portant Création, Attributions, Organisation et Fonctionnement du cadre de concertation permanent de la mise en œuvre des interventions communautaires en Côte d'Ivoire en cours de formalisation ainsi que la Politique nationale de santé communautaire.

Tout ce dispositif décrit les structures et organes impliqués dans la mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires ainsi que leurs attributions. Il met l'accent entre autres sur la gestion des formations sanitaires rurales situées en dehors du ressort territorial des communes, le transfert et la répartition de compétences de l'état aux collectivités territoriales, l'Equipe Cadre de District (ECD), le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des Directions Régionales et Départementales de la santé.

Par ailleurs, le nouveau cadre de concertation permanent prévoit des organes centraux et déconcentrés ayant la mobilisation des ressources dans leurs attributions. Il s'agit au niveau central du comité central permanent et du sous-groupe mobilisation des ressources, au niveau déconcentré du comité régional, du comité départemental, du comité sous-préfectoral et villageois. Au-delà de la mobilisation des ressources, le comité central et le comité sous-préfectoral et villageois ont respectivement la responsabilité de faire le plaidoyer pour la mobilisation et la prise en compte des ASC dans le budget de l'état et d'identifier les ASC.

Des problèmes existent au niveau du cadre règlementaire et institutionnel dont deux (02) prioritaires ont été identifiés. Il s'agit de :

- **La faible appropriation des rôles en matière de financement de la santé communautaire** par les organes centraux (DSC, comité central, sous-groupe mobilisation des ressources) déconcentrés (DR, DD, ESPC, COGES) et décentralisés (collectivités décentralisées) et les communautés. Des investigations, il ressort que plusieurs facteurs expliquent ce problème. D'abord la méconnaissance des textes en matière de mobilisation des ressources par les acteurs en raison d'une faible diffusion de ceux-ci ainsi que le manque d'information et de sensibilisation. Ensuite il y a la question de compétence des acteurs dont la majorité n'a pas été formée en mobilisation des ressources. Par ailleurs, lorsqu'ils connaissent leur rôle et sont formés en matière de mobilisation des ressources, ils ne bénéficient pas de moyens d'accompagnement suffisants pour jouer ce rôle. Enfin le fait que les acteurs ne s'approprient pas pleinement leurs rôles en matière de mobilisation des ressources en faveur de la santé communautaire est également dû à la faible collaboration entre les structures publiques et les collectivités locales de sortes que ces dernières ne prennent pas suffisamment en compte les besoins en santé communautaire au moment de leurs cycles de planifications (plans triennaux, plan annuel etc.).

- **L'absence de documents cadres** pour la mobilisation des ressources en faveur des activités communautaires (plan national de mobilisation de ressources, document national de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, plan de pérennisation des interventions communautaires)

Ces documents n'ont pas été élaborés car ce besoin n'avait pas été exprimé par rapport aux autres défis du moment.

VI.2. Mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires

Les interventions communautaires en Côte d'Ivoire bénéficient du soutien de plusieurs partenaires financiers gouvernementaux, privés, OSC et PTF. La mobilisation des ressources suppose la connaissance des besoins et la mise en place de stratégies et mécanismes adéquats pour capter ces ressources auprès de toutes ces sources endogènes et exogènes.

Les problèmes prioritaires ci-dessous décrits ressortent de l'analyse de la mobilisation des ressources pour le financement des interventions communautaires. Il s'agit de :

- **La non estimation des besoins du PSNSC 2017-2021.** En effet le dernier PSNSC n'a pas été budgétisé et par conséquent son coût n'était pas initialement connu car le besoin n'a pas été exprimé.
- **La non prise en compte des acteurs communautaires** dans le mécanisme de financement basé sur la performance (malgré l'ébauche lancée par Alliance CI et le PNLT dans le cadre de la lutte contre la tuberculose) pour plusieurs raisons : absence d'un statut des ASC, absence de contrat de travail entre ASC et ESPC, non prise en compte des ASC dans les grilles de partage des subsides des ESPC, absence de texte prenant en compte les ASC au niveau du PBF, les activités des ASC ne sont pas clairement intégrées dans les activités PBF, la non présence permanente des ASC au centre santé (du fait de la spécificité de leur activité).
- **L'absence d'un plan national de mobilisation de ressources** pour le financement des interventions communautaires. De nombreux stratégies et mécanismes utilisés par les acteurs ou proposés dans les documents de politique pour mobiliser les ressources auprès de différentes sources de financement (gouvernement, privé et PTF) existent. Cependant ils ne sont pas répertoriés et analysés de sorte en dégager les pérennes et innovants d'où la nécessité d'avoir un plan de mobilisation de ressources.
- **La faible implication de la communauté** en matière de mobilisation de ressources pour le financement des interventions de santé communautaire. Les textes réglementaires et documents de politiques existants recommandent la participation financière et non financière des communautés à leur santé. Ce qui n'est pas le cas en raison d'une absence d'information et de sensibilisation des communautés sur leur contribution, d'une absence de réglementation pouvant inciter la communauté à contribuer. A cela s'ajoute le fait qu'un grand nombre d'ASC ne sont pas choisis par leur communauté (non-respect des critères de sélection) et il existe encore des pesanteurs liées à la tradition (recourt à la médecine traditionnelle).
- **La faible contribution des collectivités locales** au financement de la santé communautaire. Cela est dû à la non prise en compte des activités communautaires dans la planification (plans annuels et plans triennaux) des collectivités locales en raison de la faible collaboration entre les collectivités locales, les structures publiques et les communautés ainsi qu'une absence de plaidoyer montrant la nécessité de financement de la santé communautaire. Il n'existe pas également de texte réglementaire instituant une ligne budgétaire dans les budgets des collectivités territoriales pour le financement de la santé communautaire et intégrant la prise en compte de la santé communautaire dans les clés de répartition des taxes recouvrées par les collectivités.

VI.3. Financement de la motivation des acteurs communautaires

La motivation des acteurs communautaires est régie par un cadre réglementaire (décrets, arrêtés etc.) et institutionnel dont les éléments essentiels sont le décret n°93-218 du 3 février 1993, le décret n° 94-302 du 01 juin 1994 et l'arrêté n°401 MSHP/CAB du 18 DEC 2007.

Tout ce dispositif décrit les structures et organes impliqués dans la motivation des acteurs communautaires. Il s'agit entre autres des COGES, des directions régionales et départementales du ministère en charge de la santé. Les COGES par exemples ont mandat de décider du « montant de la participation financière des villageois » et « des dépenses de fonctionnement qui seront supportées par le produit des participations. Ces dépenses doivent comprendre obligatoirement, entre autres, les dépenses relatives au salaire du personnel non pris en charge par l'Etat ».

Les directions régionales et départementales sont chargées, entre autres, de : (i) appuyer la formation et l'installation des ASC et (ii) présenter les ASC aux autorités locales et coutumières.

Le plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 a défini des mécanismes de motivation des ASC, les sources de financements de cette motivation, le positionnement du fonds et l'allocation des ressources financières.

La motivation financière des ASC devait se faire à travers la mise en place d'un panier commun dénommé "Fonds de la santé communautaire". Ce fonds devait être alimenté à la fois par l'Etat sur les allocations budgétaires du Ministère en charge de la santé, les bailleurs de fonds, les partenaires au développement, les partenaires techniques et financiers, les ONG internationales et nationales et la communauté.

Les sources de financement qui contribuent déjà au financement de la santé communautaire que l'on peut mettre en commun sont : (i) subventions de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes ; (ii) appuis financiers des PTF pour le suivi et la recherche des PVVIH perdus de vue ; (iii) appuis financiers des PTF pour le dépistage de la tuberculose (TB) et de recherche des perdus de vue ; (iv) appuis financiers des PTF pour la mobilisation des mères dans le cadre du PEV ; (v) marge bénéficiaire sur la cession des Médicaments Essentiels, (vi) appuis financiers des PTF pour la distribution des MILDA dans la lutte contre le paludisme, (vii) lignes du BGE pour le fonctionnement des structures de santé (crédits notifiés et crédits délégués), (viii) contributions du secteur agricole (filière café / cacao, Anacarde, OCAB, bois, etc.) ; (ix) contributions des Organisations d'exploitation des hydrocarbures et miniers, (x) contributions des collectivités locales ; (xi) contributions du Fonds d'Action Sanitaire (FAS), (xii) appui financiers des PTF dans des activités communautaires multisectorielles (CADE).

L'analyse de la situation a montré que des interventions de motivations des ASC sont réalisées sur le terrain par de nombreux acteurs. Les plus connus sont la motivation financière, la formation et la fourniture d'équipements. En mai 2020, lors du dialogue communautaire VIH, 11 071 ASC impliqués dans la mise en œuvre de l'iccm ont été identifiés et repartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont pris en charge par quatre partenaires : SCI (NFM 2 : 5 900 ASC), DSC-FM (1 500 ASC), PMI (1 512 ASC) et UNICEF (2 159 ASC).

Plusieurs autres partenaires assurent la motivation des ASC. A ce sujet, des expériences de motivation des ASC avec l'UNFPA, Save the Children, Action contre la Faim, de l'ANADER et de l'UNICEF ont été documentées. Dans ces expériences, les incitations sont de deux natures : les incitations financières et les incitations non financières. Les motivations financières les plus fréquentes sont essentiellement les primes de base aux ASC et les indemnités journalières pour formation ou réunion.

Un plan de financement 2020-2023 a été élaboré à travers le mécanisme du GFF prenant en compte la motivation de 20 000 ASC et les appuis financiers des PTF.

L'analyse révèle les problèmes prioritaires suivants en matière de financement de la motivation des ASC

- **L'absence d'un cadre juridique formel portant statut des acteurs communautaires.** Les mécanismes de motivation et de renforcement des capacités des ASC définis dans le plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 tardent à être légalisés du fait de la non priorisation du problème qui n'apparaît pas suffisamment dans les plans annuels de travail et sur les agendas des cadres de rencontres. Cela pourrait également se justifier par l'absence d'un document de plaidoyer à l'endroit des autorités compétentes. En effet le focus fait uniquement sur les ASC soulève des inquiétudes auprès des parties prenantes. Elles craignent que la légalisation du seul statut de l'ASC crée un précédent avec les autres acteurs communautaires (conseillers communautaires, Groupement Féminin, Ecole des Maris et Futurs Maris, etc.). Par ailleurs, on note une insuffisance de preuves évidentes (documentation et capitalisation) sur la contribution (valeur ajoutée) des acteurs communautaires.
- **La faible appropriation des rôles en matière de motivation des acteurs communautaires y compris les ASC** par les organes locaux. Le cadre règlementaire (décrets, arrêtés etc.) et institutionnel décrit au point a, indique les organes (Directions départementales de la santé et

COGES) et les rôles qu'ils doivent jouer dans la motivation des acteurs communautaires y compris les ASC. Cependant, ces organes ne jouent pas pleinement ces rôles pour plusieurs raisons. D'abord la méconnaissance des textes et les rôles en matière de motivation en raison d'un manque d'information et de sensibilisation. Ensuite il y a la question de compétence des acteurs à assumer ces fonctions. Par ailleurs, lorsqu'ils ont connaissance de leurs rôles et sont formés, ils ne bénéficient pas de moyens d'accompagnement suffisants pour jouer ces rôles. Enfin le fait que les acteurs ne s'approprient pas pleinement leur rôle en matière de motivation des ASC est également dû à un manque de volonté.

VI.4. Réalisations en matière de financement des interventions communautaires

VI.4.1. Ressources destinées à la santé communautaire

Il n'existe pas un mécanisme unique de gestion et de rapportage de données sur le financement des interventions de santé des communautés. Toutefois de nombreuses études ont fait mention du financement des soins de santé primaire et des interventions communautaires.

Ainsi, durant la période 2016-2020, environ 79% des financements des partenaires au développement étaient liés à un domaine prioritaire du dossier d'investissement. Les trois principales activités des programmes des partenaires au développement qui correspondent le plus aux priorités du dossier d'investissement sont les suivantes : i) élargissement et amélioration des services de soins de santé primaires (404 milliards de francs CFA), ii) amélioration de la santé communautaire en mettant l'accent principalement sur la nutrition (154 milliards) et iii) renforcement de la capacité des services publics à fournir des médicaments aux programmes « verticaux » (147 milliards).

Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2014-2018, par niveau de la pyramide sanitaire, le **financement des SSP** représentait respectivement 29%, 17% et 5% pour le niveau primaire, secondaire et tertiaire. Le reste des ressources était repartit entre les biens médicaux (26%), les programmes de santé (16%) et les prestations pour l'administration (7%). Sur la même période, les dépenses moyennes en SSP par maladie étaient plus importantes pour les maladies infectieuses et parasitaires (39%), la santé de la reproduction (19%) et les maladies non transmissibles (15%).

VI.4.2. Collaboration avec les partenaires au développement.

Dans le domaine de la santé communautaire, plusieurs partenaires appuient les initiatives de santé communautaire telles que : Le Fonds mondial (lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida), le PEPFAR (lutte contre le VIH/Sida ; observatoire communautaire sur le traitement ; Planification familiale), l'UNFPA (distribution à base communautaire des produits contraceptifs ; Ecoles des Maris ; Dialogue communautaire), l'OMS, l'UNICEF (CADE, ATPC avec FDAL) et le Centre Carter (éradication du ver de Guinée), l'OMS, le Rotary International, CDC Atlanta et l'UNICEF (éradication de la poliomyélite), la Banque mondiale (nutrition, dividende démographique), GAVI (programme élargi de vaccination), KfW (marketing social des produits contraceptifs), USAID/PMI (Lutte contre le paludisme) USAID(Lutte contre le VIH) , SAVE THE CHILDREN INTERNATIONAL, PROJET SWEED/BANQUE MONDIALE, ICAP etc.

Cependant l'harmonisation et la coordination de ces appuis financiers à la santé communautaire restent limitées. La mise en place d'un panier commun ou fonds commun proposé pour le financement de la santé communautaire au niveau central et au niveau déconcentré devrait permettre d'apporter une solution durable à ce problème. Ce panier commun ou fonds commun devrait également permettre de résoudre la question de la traçabilité des ressources injectées dans la santé communautaire.

A ce jour le panier commun ou fonds commun tarde à être mis en place en raison de la non prise d'un texte juridique et réglementaire (loi, décret, arrêté etc) portant création du panier ou fonds. Cette absence de texte juridique et réglementaire est due à la non priorisation de ce problème qui n'est pas très souvent inscrit dans les plans de travail ni agendas des cadres de rencontres. A cela on ajoute une absence de plaidoyer à l'endroit des autorités compétentes pour l'adhésion au projet du fonds commun.

Enfin, la pérennisation des interventions communautaires est un défi majeur à relever. Elle nécessite une réflexion nationale de haut niveau impliquant toutes les parties prenantes et l'élaboration d'un plan de pérennisation des interventions communautaires. De nombreux stratégies et mécanismes pérennes et innovants ont été proposés dans les documents de politique ou mise en place dans d'autres pays en vue de la pérennisation des interventions communautaires. Ils seront répertoriés et analysés dans le plan de pérennisation.

Il ressort de cette analyse les problèmes prioritaires suivants :

Tableau 8 : Synthèse des problèmes liés au financement des interventions communautaires

FINANCEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE		
COMPOSANTES		PROBLEMES PRIORITAIRES
Mobilisation des ressources	1. <i>Cadre juridique, réglementaire et documents de politique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation des rôles en matière de financement de la santé communautaire par les organes centraux (DSC, comité central, sous-groupe mobilisation des ressources) déconcentrés (DR, DD, ESPC, COGES) et décentralisés (collectivités décentralisées) - Absence de documents cadres pour la mobilisation des ressources en faveur des activités communautaires - (plan national de mobilisation de ressources, document national de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, plan de pérennisation des interventions communautaires) Non prise en compte des acteurs communautaires dans le mécanisme de financement basé sur la performance
	2. <i>Cadre d'harmonisation et de coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un panier commun pour le financement de la santé communautaire
	3. <i>Participation communautaire et collectivités locales au financement des interventions communautaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication de la communauté en matière de mobilisation de ressources pour le financement des interventions de santé communautaire - Faible contribution des collectivités locales au financement de la santé communautaire
	4. <i>Mécanismes pérennes de financement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une réflexion nationale de haut niveau impliquant toutes les parties prenantes - Absence d'un plan de pérennisation des interventions communautaires
Financement de la motivation des RH de la santé communautaire	1. <i>Cadre juridique, réglementaire et documents de politique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation des rôles en matière de motivation des RH de la santé communautaire par les organes locaux

		<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un cadre juridique formel portant statut des RH de la santé communautaire, notamment ceux du niveau communautaire (ASC et autres relais communautaires). - Absence d'un texte réglementaire formel portant mécanisme de motivation des RH de la santé communautaire, notamment ceux du niveau communautaire (ASC et autres relais communautaires).
	2. Motivations des RH de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales dans la motivation financière des RH de la santé communautaire, notamment ceux du niveau communautaire (ASC et autres relais communautaires). - Faible application des mécanismes de motivations des ASC définis dans les documents cadres
	3. Participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Faible implication de la communauté en matière de motivation des RH de la santé communautaire, notamment ceux du niveau communautaire (ASC et autres relais communautaires).

VII. Analyse stratégique du système de suivi évaluation des interventions communautaires

L'axe du PSNSC 2017-2021 en lien avec le suivi et évaluation avait défini comme actions prioritaires (i) d'élaborer et mettre en œuvre un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires avec des indicateurs nationaux, ensuite (ii) de promouvoir la recherche opérationnelle en santé communautaire à travers des conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche pour améliorer la qualité et la pérennité des interventions communautaires. De plus il a été priorisé (iii) de mettre en place des cadres pour le partage des bonnes pratiques afin d'uniformiser et de standardiser les interventions en santé communautaire. Enfin, (iv) élaborer un guide national de supervision des acteurs communautaires.

L'analyse situationnelle a porté sur (i) le cadre institutionnel, (ii) la procédure de collecte des données, (iii) la supervision, le contrôle qualité des informations de santé communautaire, (iv) l'intégration du suivi dirigé par les communautés dans les programmes prioritaires, (v) la promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire et (vi) l'utilisation des données et partage des bonnes pratiques sur les interventions de santé communautaire pour une prise de décision.

VII.1. Cadre institutionnel du dispositif du suivi évaluation des interventions communautaires

Le cadre institutionnel du dispositif de suivi évaluation comprend 4 niveaux : le niveau central, le niveau régional, le niveau district et le niveau ESPC.

Au niveau central : Le décret N°96-316 du 24 avril 1996 portant création et organisation du comité national sanitaire octroie à la DSC entre autres missions [...] d'assurer le suivi et l'évaluation des actions en matière de promotion de la santé. De plus, le décret 2021- 465 du 8 septembre 2021 portant organisation du ministère en charge de la santé donne mandat à la DSC de coordonner et d'évaluer les activités communautaires. L'analyse du cadre institutionnel a montré des forces avec l'existence d'un service de suivi et évaluation doté de RH dédiés au M&E, la mise en place en janvier 2020 du sous-groupe thématique suivi-évaluation du cadre de concertation permanente des activités communautaires et l'intégration des données communautaires dans le SNIS.

Toutefois, il n'existe pas de plan national de suivi-évaluation, de plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans le S&E, de cadre de redevabilité et de textes règlementaires formalisant le cadre permanent de concertation des interventions en santé communautaire.

Au niveau régional, l'évaluation finale du précédent PSNSC a montré que 62,5% des régions visitées ont affirmé organiser des réunions de coordination des activités communautaires.

Au niveau district, l'on note la prise en compte des données communautaires dans les rapports communautaires uniques des formations sanitaires, le paramétrage des principaux indicateurs communautaires dans le DHIS 2 et l'intégration des données de santé communautaire dans le système national d'information sanitaire (SNIS). Ce sont autant d'avancées notables ayant favorisé la disponibilité des données communautaires dans le SNIS.

On note une insuffisance de capacités techniques des personnels à charge des activités communautaires au niveau des districts et ESPC. Selon les résultats de l'évaluation, seulement 42,9% des districts sanitaires visités disposent d'un plan de suivi-évaluation des interventions communautaires et 57% des districts organisent des réunions de coordination des activités communautaires (Collecte, compilation, saisie, analyse, transmission et stockage des données).

Par ailleurs, plusieurs insuffisances ont été relevées lors des évaluations notamment : (i) Ruptures d'outils de collecte des données programmatiques pour insuffisance des fonds alloués ; (ii) 44 % des ASC ont des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités); (iii) Seuls 64% des districts sanitaires valident mensuellement les données communautaires avant leur saisie dans le DHIS2; (iv) Faible promptitude (67%) dans la transmission des rapports des ASC; (v) Faible complétude des données communautaires dans le DHIS2; (vi) Insuffisance de rapportage des données communautaires au niveau des ESPC. Ainsi des efforts restent à fournir pour la disponibilité en permanence des outils.

VII.2. Contrôle qualité des informations de santé communautaire

• Supervision

L'évaluation finale a montré l'existence de grilles et guides de supervisions au niveau central. Aussi, la quasi-totalité des ESPC visités (86,1%) disposent-elles d'une grille de supervision des ASC et plus de la moitié de ces ESPC (63,9%) établissent un programme de supervision des ASC.

Mais, l'analyse situationnelle a mis en évidence les problèmes suivants : (i) une faible réalisation des activités de supervision au niveau national et régional ;(ii) une faible capacité technique de l'ECD à encadrer les prestataires des ESPC et les acteurs communautaires ;(iii) une faible réalisation des supervisions y compris la supervision dédiée et des visites de coaching des acteurs communautaires ;(iv) une insuffisance des moyens de locomotion des CAC districts (moto et véhicule).

• Contrôle de la qualité des données

L'analyse situationnelle a montré l'existence d'une démarche pour le contrôle de la qualité des données de routine décrite dans un manuel de procédure de gestion des données communautaires pour le système d'information sanitaire.

Cependant on note (i) une insuffisance des supervisions et des missions d'évaluation de la qualité des données communautaires à tous les niveaux ; (ii) Une rupture des grilles de supervision ; (iii) la non intégration de la grille de supervision des activités communautaires à celle des autres activités du District sanitaire, (iv) l'insuffisance des moyens matériels pour réaliser les supervisions (moto, véhicule, ordinateurs, etc.) ;(v) la non réalisation de l'audit de la qualité des données communautaires ;(vi) la

non réalisation de la validation des données communautaires au niveau district sanitaire. (vii) la non réalisation du monitoring semestriel des activités.

VII.3. Intégration du suivi dirigé par les communautés dans les programmes prioritaires

L'analyse situationnelle a montré l'existence d'une stratégie de suivi dirigé par la communauté (CLM) qui positionne les communautés comme des acteurs majeurs du système de santé. La mise en œuvre du CLM implique la société civile, les groupes affectés et d'autres entités intervenant dans la communauté, pour recueillir de manière structurée, systématique et régulière des données quantitatives et qualitatives dans les structures de santé et dans la communauté ; ceci pour conduire des plaidoyers en vue d'une amélioration de la qualité des services.

L'Observatoire Communautaire de la Santé en Côte d'Ivoire (OCSCI), en tant qu'outil pour lever les barrières d'accès aux services de santé existe certes, mais ne répond pas entièrement à la vision du CLM qui est un suivi dirigé par la communauté elle-même. Cet observatoire est une plateforme de veille, d'alerte, de documentation, d'orientation et de réponse, aux incidents de rupture des intrants/médicaments, aux manquements à la qualité des services et aux cas de violations/atteintes aux droits humains dans le cadre de la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies à potentiel épidémique

L'analyse a en outre mis en évidence l'absence d'outils et de mécanisme pour l'implication de la communauté dans le suivi de la qualité des services de santé et l'insuffisance de fonctionnalité de l'OSCI

VII.4. Recherche et évaluation en santé communautaire

Elles sont le maillon faible du système de suivi-évaluation de la santé communautaire en Côte d'Ivoire, pour preuve, il n'existait aucune activité de recherche opérationnelle dans le plan stratégique. On note les insuffisances suivantes : (i) Faible capacité technique des acteurs nationaux de la santé communautaire pour la réalisation des activités de recherche opérationnelle relatives aux interventions en santé communautaire ; (ii) Absence de conventions de partenariat avec les institutions de formation et de recherche ;(iii) absence d'évaluation d'impact des interventions communautaires.

VII.5. Diffusion, utilisation des données et partage des bonnes pratiques sur les interventions de santé communautaire pour une prise de décision.

L'analyse situationnelle a mis en exergue les points suivants : (i) faible diffusion des données produites ; (ii) absence de rapport sur la situation des interventions communautaires ; (iii) absence de documentation scientifique des données communautaires et les bonnes pratiques issues des interventions communautaires ; (iv) Faible capacité technique des structures communautaires sur la diffusion des résultats et la consolidation des bonnes pratiques ; (v) Faible utilisation des données communautaires pour une prise de décision à tous les niveaux ; (vi) Insuffisance de réunion bilan des interventions communautaires au niveau national.

Il ressort de cette analyse les problèmes prioritaires suivants :

Tableau 9 : Synthèse des problèmes liés au suivi des interventions communautaires

SUIVI EVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRE	
Cadre organisationnel et institutionnel du dispositif du suivi évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence de plan national de suivi et évaluation couvrant la période du PSNSC 2017-2021 par manque de moyens financier - L'absence de plan de renforcement des capacités des staffs impliqués dans le suivi évaluation surtout les CAC - Insuffisance de la tenue des réunions de coordination des activités communautaires à tous les niveaux - Non fonctionnalité des sous-groupes thématiques du cadre de concertation au niveau décentralisé - Faible implication des DR et DD dans la gestion des données communautaires - Insuffisance des capacités techniques et opérationnels des entités nationales et décentralisées de coordination du suivi évaluation des interventions communautaires -
Système de collecte, analyse, et stockage des données	<ul style="list-style-type: none"> - Les ruptures de stocks des outils de collecte des données programmatiques - Faible analyse des données communautaires pour une prise de décision dans les districts sanitaires et les ESPC
supervision et contrôle de la qualité des données de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de coordination et de supervision des activités communautaires à tous les niveaux - Faible réalisation des supervisions y compris la supervision dédiée et des visites de coaching des acteurs communautaires - Coordination insuffisante des interventions communautaires au niveau des ESPC - Faible capacité de l'ECD à encadrer les prestataires des EPSC et les acteurs communautaires - Insuffisance de rapportage des données communautaires au niveau des ESPC - Faible complétude des données communautaires dans le DHIS2 - Absence d'outils et de mécanisme pour l'implication de la communauté dans le suivi de la qualité des services de santé ; - Faible promotion du suivi dirigé par la communauté (CLM) et de l'Observatoire Communautaire de la Santé en Côte d'Ivoire (OCSCI).
Promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Faible réalisation des activités de recherche opérationnelle relatives aux interventions en santé communautaire
Utilisation des données et partage des bonnes pratiques sur les interventions de santé communautaire pour une prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> - Faible utilisation des données communautaires pour une prise de décision dans les districts sanitaires et les ESPC - Faible analyse et utilisation des données pour la prise de décision au niveau district - Valorisation insuffisante des interventions communautaires basées sur l'évidence

VIII. Défis de la santé communautaire

La santé communautaire en Côte d'Ivoire fait face à plusieurs défis dont devra tenir compte le nouveau plan stratégique 2022-2025 afin de contribuer efficacement à réduire le fardeau des maladies évitables :

6. Renforcer la coordination des interventions à tous les niveaux : central et décentralisé (District Sanitaire, local) et la mobilisation communautaire

Plusieurs acteurs nationaux et partenaires mènent des interventions dans le cadre de la stratégie communautaire. La coordination des interventions reste faible et cette situation est liée à une insuffisance de : (i) leadership avec une faible maîtrise des interventions communautaires par le niveau central, (ii) communication avec les différents acteurs et partenaires.

Ces faiblesses sont liées à une insuffisance des capacités managériales de la DSC. Une meilleure coordination de ces interventions à tous les niveaux avec les différents acteurs et partenaires permettrait de renforcer la mise en œuvre de la stratégie communautaire et améliorer l'efficacité et la visibilité des interventions.

La mobilisation communautaire est un processus en vertu duquel des groupes locaux reçoivent de l'assistance afin de définir et exprimer leurs besoins et objectifs en prenant des mesures collectives visant à les satisfaire. Elle met l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins. Elle est intimement liée au concept de la participation et de l'engagement communautaire. On note le manque d'implication et d'intégration des communautés dans les prises de décision et la planification

Pour répondre au défi de mobilisation, participation et engagement communautaire, il faudra sensibiliser toutes les couches de la communauté au respect des valeurs communes afin d'amener tous ses membres à un but commun de développement à travers la recherche de financement au niveau local mais également à l'extérieur pour satisfaire les besoins exprimés.

7. Renforcer le statut (profil, missions, formations, motivation, etc.) des RH de la santé communautaire (CAC, Superviseurs, ASC et autres acteurs communautaires)

La réussite de la stratégie communautaire passe par un personnel formé, qualifié, compétent, motivé avec des missions claires, précises et définies. Le profil défini et le mode pour le recrutement des ASC n'est pas souvent respecté avec souvent une forte implication extérieure.

Par ailleurs le pays compte encore des ASC verticaux qui réalisent des prestations qui sont pour la plupart utilisés par les acteurs pour la mise en œuvre des interventions.

Les missions et interventions des ASC ne sont pas uniformisées et varient selon les mandats des partenaires qui les emploie. Le Paquet Minimum des Activités (PMA) communautaire n'est pas respectés dans certaines localités.

Au niveau décentralisé, les missions et le profil des CAC ne sont pas bien définies et on note une faible implication des autres membres de l'Equipe Cadre de District (ECD) dans la mise en œuvre des interventions communautaires.

Le renforcement du profil du personnel communautaire à tous les niveaux pour la stratégie communautaire des 5 années à venir devrait permettre au pays d'avoir des ressources humaines de santé communautaire outillées afin d'obtenir les résultats escomptés.

8. Assurer une équité dans l'accès aux soins communautaires

L'équité induit d'une part l'accès équitable à tous quels que soient le lieu, le genre ou l'âge et d'autre part que les personnes dotées de caractéristiques différentes soient traitées différemment en vue de la prise en compte de leurs besoins spécifiques pour l'atteinte des résultats pour la santé.

L'utilisation des services de santé par les populations reste encore insuffisante et cette iniquité concerne toute la population et particulièrement la mère et l'enfant. Les interventions de santé communautaire ne couvrent pas l'ensemble du pays et toutes les régions et districts ne disposent pas des mêmes taux de couverture.

9. Améliorer la qualité des prestations

La qualité des prestations communautaires reste préoccupante dans le pays. Le paquet de prestation défini reste encore flou, non harmonisé et n'est pas totalement maîtrisé par le personnel communautaire notamment les ASC. Le personnel communautaire connaît des problèmes de qualifications et de compétences et ne dispose pas suffisamment d'équipement et de matériel pour réaliser des prestations de qualité et les supervisions planifiées ne sont pas réalisées à tous les niveaux par manque de ressources financières.

Par ailleurs il existe une disparité entre le paquet de prestation des ASC, Paires Educateurs et autres personnels de santé communautaires. Une harmonisation de ce paquet permettrait une meilleure prise en charge des populations au sein des communautés.

10. Renforcer l'approvisionnement en intrants

Les produits intrants sont essentiels dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire et l'amélioration des indicateurs. Les ruptures de stocks en produits sont récurrentes sur toute l'étendue du territoire national et ont des conséquences sur la qualité des prestations. En effet **50%** des régions sanitaires ont connu des ruptures en médicaments traceurs et intrants au cours des six (6) derniers mois de l'année 2021, **59,5%** pour les districts sanitaires et **65,3%** pour les ESPC avec une faible capacité de gestion des stocks par les ASC.

Ces ruptures sont souvent la conséquence de la faible connaissance du personnel en gestion de chaîne d'approvisionnement, la planification, la coordination et le suivi des stocks en intrants (outils, formulaires etc....)

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et l'adoption d'un cadre réglementaire s'avèrent nécessaire pour formaliser la dispensation des produits essentiels par les ASC en vue d'améliorer la qualité des prestations et d'assurer la pérennisation des interventions.

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement exige également un personnel formé et motivé à la gestion de stock pour assurer la pérennisation des efforts.

11. Renforcer la qualité des données

La qualité des données nécessite la disponibilité des outils de gestion par les acteurs, la vérification des données, la validation des données à tous les niveaux, le suivi des interventions.

Les ruptures de stocks en outils de gestion notamment les fiches d'enregistrement et les fiches de rapportage sont récurrentes. La vérification et la validation des données ne sont pas systématiques à tous les niveaux et le suivi des interventions restent faible.

Le renforcement du système de gestion communautaire et la mise à disposition des ressources permettrait d'améliorer la qualité des données.

12. Mettre en place un système harmonisé de motivation et renforcer le financement de la stratégie communautaire

Les ressources financières pour le financement de la stratégie communautaire proviennent en grande partie de l'aide extérieure posant ainsi le problème de la pérennisation des interventions. Les ressources humaines communautaires sont exclusivement financées par les partenaires et bailleurs. Pour répondre à ce défi, il est important de mettre en place un système de financement national avec l'identification de nouvelles sources pour rendre pérenne la stratégie.

La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la sécurisation des ressources humaines. Il a été noté une irrégularité de la motivation financière des acteurs communautaires de santé notamment les ASC, les Paires Educateurs (PE) et autres personnels communautaires. La motivation non-financière est également faible et peu systématisée (manque de statut, formation insuffisante, recyclage irrégulier, déficit de supervision par les personnels qualifiés) est vécu par les acteurs communautaires comme un manque de reconnaissance.

PARTIE 3 : PLANIFICATION STRATEGIQUE

IX. Cadre stratégique

IX.1. Vision, valeurs, principes, encrage

4.1.1 Vision

La vision du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 est alignée sur celle de la politique de santé communautaire et celle du PNDS 2021-2025, se présente comme suit :

« Une Côte d'Ivoire où tous les individus, les ménages et les collectivités ont accès à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation sans aucune forme d'exclusion et dans un partenariat entre les communautés, les services sociaux de base et l'administration locale, pour un meilleur état de santé ».

4.1.2 Valeurs

La vision du document stratégique est soutenue par les valeurs qui permettront de mettre en œuvre des interventions de qualité et atteindre les résultats. Il s'agit de :

- **Équité** : L'équité en santé correspond au principe selon lequel toutes les populations devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limitées à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social.¹⁶
La communauté s'assure que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient de toutes les actions de développement sanitaires qui les concernent.
- **Justice sociale** : ce sont les systèmes de redistribution mis en place entre deux principes ; le principe d'égalité des droits qui garantit le même traitement pour tous et le principe d'équité des situations qui cherchent à tenir compte de la situation personnelle des individus. En effet, les parties prenantes de la santé communautaire s'assurent que les droits de tous les membres de la communauté sont respectés en tenant compte des spécificités de chaque individu.

¹⁶ L'équité en santé parlons-en

- **Ethique** : la mise en œuvre des activités communautaires est régie par l'ensemble des valeurs et des règles morales propres à la communauté qui préservent l'intégrité physique et morale des bénéficiaires.
- **Rigueur** : les acteurs de la santé communautaire doivent travailler avec professionnalisme en respectant soigneusement les usages, des responsabilités qui leurs seront confiées. Ils doivent procéder méthodiquement selon les directives assignées.
- **Transparence** : les agents de santé, l'administration locale et les communautés sont tenus de partager toutes informations sur les priorités, le processus de gestion, les activités menées et les résultats obtenus.
- **Redevabilité** : les communautés impliquent l'ensemble des parties prenantes à toutes les étapes du processus et rendent disponibles et accessibles toutes les informations sur les priorités, les activités menées et les résultats obtenus.
- **Universalité** : l'universalité de l'accès aux services sociaux de base prend en compte les écoles, les centres de santé et la communauté.

4.1.3 Principes

La vision est guidée par les principes suivants :

- **Un leadership communautaire fort** avec une bonne visibilité et maîtrise des interventions communautaires à tous les niveaux : central, départemental et local ;
- **Une meilleure gouvernance locale** du secteur sanitaire
- **Des prestations de santé de qualité optimale**, avec des soins intégrés, continues et rationnelles centrées sur la personne afin d'améliorer l'accès des populations aux services de base de santé préventives, curatives, promotionnelles, et de soutien ;
- **Des actions communautaires centrées sur la famille/collectivité** et non l'individu ce qui va mieux renforcer la participation communautaire et l'engagement des familles/collectivités à mieux prendre en charge leur santé.
- **Le respect des engagements internationaux**,
- **Le genre** : une santé communautaire inclusive pour prendre en compte les questions spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé ;
- **La participation communautaire** : une communauté qui prend une part active au diagnostic, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi-évaluation et à la pérennisation des interventions menées pour le bien-être de ses membres dans leur diversité, en s'appuyant sur ses propres ressources avec le soutien des autres parties prenantes ;
- **L'appropriation** : convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté dans sa diversité prend conscience de ses problèmes de santé, de sa responsabilité et de son rôle pour l'assumer, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions pérennes en matière de promotion, de prévention et de soins curatifs.
- **La décentralisation** : la santé communautaire donne aux communautés le pouvoir et la capacité de prendre des décisions afin de se prendre en charge et d'être responsables de leur propre développement en matière de santé.
- **Une approche intersectorielle** : la santé ne peut être assurée sans l'accès à certains services sociaux de base tels que l'eau, l'hygiène, l'assainissement, l'éducation, etc. Les acteurs de la santé travailleront en étroite collaboration avec ceux des autres secteurs.

IV.2 Cadre des résultats du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025

Le cadre des résultats met en exergue le résultat d'impact et 5 résultats d'effets. Chaque effet est décliné en produit comme le montre le cadre des interventions ci-dessous.

Tableau 10 : cadre des résultats de l'impact et des effets du plan stratégique.

Impact : La santé et le bien-être des populations sont améliorés avec une forte implication des communautés engagées et responsables.	
Effets	
Effet 1	La gouvernance, le leadership et l'engagement de tous les acteurs, y compris les communautés dans les interventions de santé communautaire sont renforcés à tous les niveaux (central, régional, départemental et local)
Effet 2	Des ressources humaines de la santé communautaire en quantité et qualité sont disponibles à tous les niveaux
Effet 3	L'utilisation des services de santé communautaire de qualité par les populations sont améliorée, d'ici 2025
Effet 4	d'ici 2025, les informations sanitaires communautaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision
Effet 5	Des mécanismes de financement durable de la santé communautaire sont établis

IV.3 Axes Stratégiques du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025

L'analyse de la situation des interventions communautaires et des défis identifiés ont permis de dégager 5 axes qui constituent le squelette du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 de la Côte d'Ivoire. Ces axes stratégiques sont les différents piliers qui supporteront les différentes interventions pour l'atteinte des résultats en termes de : (i) renforcement et amélioration de la gouvernance, (ii) amélioration de la couverture des services, qualité des soins et de leur sécurité, (iii) efficience des interventions en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations.

Ces 5 axes sont :

Axe 1 : Renforcement du leadership, gouvernance et engagement communautaire

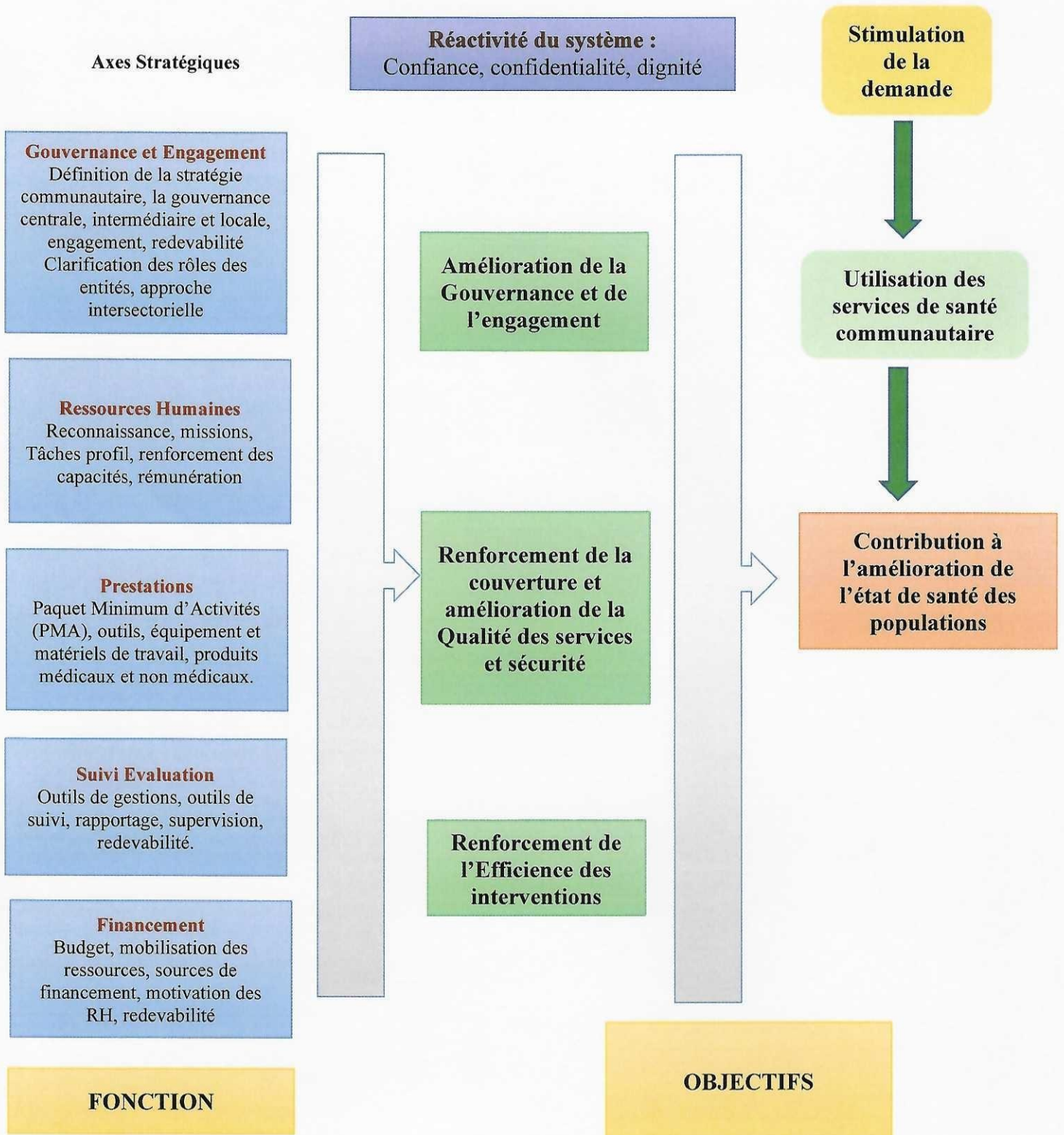
Axe 2 : Amélioration de la gestion et développement des ressources humaines de santé communautaire

Axe 3 : Amélioration de la qualité des prestations de services communautaires

Axe 4 : Renforcement du système de suivi évaluation des interventions communautaires

Axe 5 : Amélioration du financement des interventions de santé communautaire

Figure 1 : Cadre Logique et axes stratégiques du plan stratégique de la santé communautaire.



NB : Réactivité du système : capacité du système à satisfaire les populations

4.3.1 Renforcement du leadership, gouvernance et engagement communautaire

L'analyse de la situation de la gouvernance, leadership et engagement communautaire a permis de mettre en exergue les faibles capacités managériales à tous les niveaux (central, intermédiaire et local).

Pour renforcer la gouvernance et le leadership de la santé communautaire au niveau central, intermédiaire et local, et l'engagement communautaire, dix (10) stratégies seront développées en regard des quatre (04) produits ci-dessous décrits. Elles (les 10 stratégies) permettront :

- Le renforcement du cadre juridique et réglementaire pour créer un environnement favorable à la réalisation des interventions de la stratégie communautaire ;
- Le renforcement des capacités des acteurs communautaires sur les textes juridiques et documents normatifs en santé communautaire pour une meilleure appropriation
- Le renforcement de la coordination de l'action humanitaire à tous les niveaux
- Le renforcement du cadre de coordination communautaire et de la planification au niveau local
- Le renforcement des capacités des GAC et CVD/CDQ/CDC
- L'opérationnalisation des instances de coordination communautaire au niveau local
- Le renforcement des capacités des ESCOM

4.3.2 Amélioration de la gestion et développement des ressources humaines de santé communautaire

L'analyse de la gestion et développement des RH de la santé communautaire a permis de mettre en exergue leur insuffisance tant quantitative que qualitative. Pourtant, elles (RH de santé communautaire) constituent un maillon essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire.

Ainsi, pour combler ce déficit, quatre (04) stratégies seront développées en regard des deux (02) produits ci-dessous décrits. Elles (les 04 stratégies) permettront :

- Le renforcement des capacités quantitatives et qualitatives des RH de la santé communautaire en milieu rural, péri urbain et urbain pour l'amélioration de la qualité des services ;
- L'amélioration de la couverture géographique de l'offre de service communautaires ;
- La mise en place de textes réglementaires encadrant les ressources humaines de la santé communautaire ;
- Le renforcement de l'application du référentiel des interventions en santé communautaire ;
- La définition d'un mécanisme standardisé et harmonisé de motivation des RH de la santé communautaire afin d'éviter les injustices qui pourraient être un frein à la qualité des prestations.

4.3.3 Amélioration de la qualité des prestations de services communautaires

L'analyse des prestations de services de santé communautaire a permis de mettre en exergue une insuffisance de l'offre de services et de leur qualité dans les différentes localités.

Ainsi, pour combler ce déficit, sept (07) stratégies seront développées en regard des deux (02) produits ci-dessous décrits. Parmi ces stratégies, trois (03) permettront d'avoir un impact significatif sur la qualité des prestations. Ce sont :

- L'harmonisation du contenu du kit de travail des membres du GAC en tenant compte des acteurs qui interviennent en milieu rural, urbain et péri urbain
- Le renforcement du mécanisme d'approvisionnement en produits de santé en équipements jusqu'au kilomètre
- Le renforcement de capacités des acteurs sur les outils du Référentiel National de mise en œuvre des Interventions Communautaires en Santé (orientation sur le référentiel, la planification, le suivi des interventions communautaires et l'évaluation)

4.3.4 Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions communautaires

L'analyse du suivi-évaluation des interventions de santé communautaire a permis de mettre en exergue l'insuffisance de qualité des données à tous les niveaux.

Ainsi, pour combler ce déficit, onze (11) stratégies seront développées en regard des quatre (04) produits ci-dessous décrits. Elles (les 11 stratégies) permettront :

- Le renforcement du cadre institutionnel du dispositif du suivi évaluation des interventions communautaires
La mise en place d'un dispositif pour l'évaluation de la qualité des données communautaires et la supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux
- La production et l'utilisation de l'information de santé communautaire à tous les niveaux
- La mise en place et le renforcement du suivi dirigé par les communautés
- Mise en place et le renforcement du suivi dirigé par les communautés

4.3.5 Amélioration du financement des interventions de santé communautaire

Le financement du plan stratégique de la santé communautaire reste problématique car la quasi-totalité des ressources provient jusqu'à présent des bailleurs, des partenaires techniques et financiers à travers des projets, ce qui pose le problème de la pérennisation des interventions. L'analyse du financement de la santé communautaire a permis de mettre en exergue l'insuffisance des ressources financières et la quasi dépendance des bailleurs et partenaires techniques et financiers à travers des projets, ce qui pose le problème de la pérennisation des interventions.

Ainsi, pour le financement pérenne des interventions de santé communautaire, sept (07) stratégies seront développées en regard des trois (03) produits ci-dessous décrits. Elles (les 07 stratégies) permettront :

- Le renforcement, l'amélioration et l'appropriation du cadre juridique en matière de financement de la santé communautaire.
- Le développement et l'utilisation de façon optimale des mécanismes pérennes et innovants de financement des interventions communautaires
- Le renforcement des mécanismes de redevabilité dans l'utilisation des fonds mobilisés.
- Le renforcement, l'amélioration et l'appropriation du cadre juridique en matière de motivation des RH de la santé communautaire, notamment celles du niveau communautaire (ASC et autres relais) communautaires
- La mobilisation des ressources nécessaires pour la motivation financière RH de la santé communautaire, notamment celles du niveau communautaire (ASC et autres relais) communautaires

Pour atteindre les résultats et contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des populations notamment les plus vulnérables, en plus des éléments cités plus haut, il est important d'avoir un système de santé réactif (capacité à satisfaire les besoins des populations). Cette réactivité se fera à travers :

- **La confiance** : l'acteur communautaire (ASC ou autre) doit être une personne, homme ou femme issue de la communauté, qui fait l'unanimité, qui a la confiance de toutes les couches de la population avec un fort leadership et capable de mobiliser les différents groupes.
- **La confidentialité** : l'acteur communautaire (ASC ou autre) choisi devrait pouvoir s'abstenir de divulguer les informations et les faits issus des ménages et devrait prêter serment auprès de la communauté. « **Tout ce que ses yeux verront, ses oreilles entendront et sa bouche dira devront rester confidentiels** »
- **La dignité** : l'acteur communautaire (ASC ou autre) a l'obligation de respecter les communautés quelles que soient leur condition socio-économique, leurs pathologies et de leur donner les soins adéquats.

Le respect de ces éléments suscités va contribuer à renforcer la confiance des communautés en leur système (santé communautaire) et stimuler la demande pour l'utilisation des services de prévention et de prise en charge.

5.1 Le cadre des interventions

Le Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 s'articule autour de cinq axes stratégiques portés par 5 résultats d'effets et 15 produits ou extrants. Les produits sont déclinés en stratégies d'interventions qui sont déterminées dans la matrice des résultats :

Tableau 11 : Matrice des résultats et des stratégies du plan stratégique national de la santé communautaire 2022-2025

Effet 1 : La gouvernance, le leadership et l'engagement de tous les acteurs, y compris les communautés dans les interventions de santé communautaire sont renforcés à tous les niveaux (central, régional, départemental et local)	
Produits	Stratégies
Produit 1 : Le cadre juridique, institutionnel et organisationnel est favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire	Stratégie 1 : Renforcement du cadre réglementaire et institutionnel régissant le fonctionnement de la santé communautaire
	Stratégie 2 : Vulgarisation des textes juridiques et documents normatifs en santé communautaire
Produit 2 : Les capacités des acteurs de la santé communautaire sont renforcées en planification pour la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux	Stratégie 3 : Renforcement des capacités des acteurs communautaires sur le processus de planification à tous les niveaux
	Stratégie 4 : Vulgarisation des documents de normes et de politiques (Politique de santé communautaire, Référentiel des IBC et PSNSC 2022-2025 y compris ses annexes ...)
Produit 3 : La coordination des interventions communautaires est efficace à tous les niveaux	Stratégie 5 : Opérationnalisation des cadres de coordination des interventions en santé communautaire à tous les niveaux
	Stratégie 6 : Renforcement de la coordination de l'action humanitaire à tous les niveaux
Produit 4 : La participation et l'engagement des communautés sont effectifs	Stratégie 7 : Renforcement des capacités des ESCOM
	Stratégie 8 : Renforcement des capacités des GAC, CVD, CAQ

	<p>Stratégie 9 : Opérationnalisation des instances de coordination communautaire au niveau local</p> <p>Stratégie 10 : Renforcement de la mobilisation des ressources au niveau local : humaines, financières, matérielles et équipements</p>
Effets 2 : Des ressources humaines de la santé communautaire en quantité et qualité sont disponibles à tous les niveaux	
Produits	Stratégies
Produit 1 : Au moins 80% des localités est couvert en RH de la santé communautaire	Stratégie 11 : Amélioration de la couverture des RH de la santé communautaire
	Stratégie 12 : Développement d'une démarche de gestion prévisionnelle des effectifs et emplois des RH de la santé communautaire à tous les niveaux
Produit 2 : Les RH de la santé communautaire ont les compétences requises pour fournir des interventions de qualité	Stratégie 13 : Renforcement des capacités des RH de la santé communautaire à tous les niveaux
Effets 3 : L'utilisation des services de santé communautaire de qualité par les populations sont améliorée, d'ici 2025	
Produits	Stratégies
Produit 1 : Les prestations des services de santé communautaire sont de qualité et accessibles à tous les niveaux	Stratégie 15 : Vulgarisation des normes, directives et procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation...) de santé communautaire
	Stratégie 16 : Renforcement de capacités des acteurs sur les outils du référentiel (orientation de sur le référentiel, planification, suivi des interventions communautaires et évaluation)
	Stratégie 17 : Harmonisation du Paquet Minimum d'Activités des acteurs communautaires (PMA)
	Stratégie 18 : Renforcement de l'offre de service communautaire de qualité en milieu rural, urbain et péri urbain
Produit 2 : Les RH de la santé communautaire disposent d'équipements, médicaments et intrants stratégiques en quantité et qualité pour la mise en œuvre des interventions communautaires	Stratégie 19 : Vulgarisation du Guide d'Approvisionnement et de Distribution des Produits de Santé au niveau Communautaire (GADPSC)
	Stratégie 20 : Harmonisation du contenu du kit de travail des membres du GAC en tenant compte des acteurs qui interviennent en milieu rural, urbain et péri urbain
	Stratégie 21 : Renforcement du mécanisme d'approvisionnement en produits de santé et en équipements jusqu'au dernier kilomètre
Effet 4 : D'ici 2025, les informations sanitaires communautaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision	
Produits	Stratégies

Produit 1 : Le cadre institutionnel du dispositif de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire est renforcé	Stratégie 22 : Renforcement du cadre de coordination du système de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire
	Stratégie 23 : Renforcement des capacités et des compétences des ressources humaines du système de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire
	Stratégie 24 : Renforcement des capacités opérationnelles du système de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire en équipements et matériels
Produit 2 : Les données sanitaires Communautaires de qualité sont disponibles à tous les niveaux	Stratégie 25 : Renforcement de la disponibilité en outils de collecte et de gestion physiques et digitaux
	Stratégie 26 : Renforcement du système d'analyse, d'interprétation et d'assurance qualité des données communautaires pour une prise de décision à tous les niveaux
Produit 3 : Tous les niveaux du dispositif de santé communautaire ont accès à des informations sanitaires communautaires pour la prise de décisions	Stratégie 27 : Renforcement et promotion de la redevabilité à travers la surveillance à base communautaire (suivi dirigé par les communautés : CLM)
	Stratégie 28 : Opérationnalisation de la stratégie de la supervision dédiée aux acteurs communautaires
	Stratégie 29 : Promotion des bonnes pratiques en matière de santé communautaire
Produit 4 : Les données de qualité issues des études et des évaluations sont disponibles à tous les niveaux	Stratégie 30 : Renforcement de la coordination de la recherche et évaluation
	Stratégie 31 : Vulgarisation des données d'études, d'enquêtes, de surveillance à base communautaire et de bonnes pratiques
Effets 5 : Des mécanismes de financement durable de la santé communautaire sont établis	
Produits	Stratégies
Produit 1 : Au moins 80% des ressources nécessaires pour le financement des interventions communautaires est mobilisé	Stratégie 33 : Renforcement et appropriation du cadre juridique en matière de financement de la santé communautaire
	Stratégie 34 : Développement et utilisation optimale des mécanismes pérennes et innovants de financement des interventions communautaires

	Stratégie 35 : Accroissement des ressources nationales au financement de la santé communautaire
Produit 2 : Les ressources mobilisées pour le financement des interventions communautaires sont utilisées de manière efficiente	Stratégie 36 : Mise en place d'un cadre d'harmonisation et de coordination des financements de la santé communautaire
	Stratégie 37 : Renforcement des mécanismes de redevabilité de l'utilisation des fonds mobilisés
Produit 3 : Au moins 80% des acteurs communautaires reçoivent une motivation adéquate (financière et non financière) pour la mise en œuvre des activités	Stratégie 38 : Renforcement et appropriation du cadre juridique en matière de motivation des ASC et autres acteurs communautaire
	Stratégie 39 : Mobilisation des ressources nécessaires pour la motivation financière et non financière des ASC et autres acteurs communautaires

PARTIE 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2022-2025

X. Cadre de mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025

1.1 Cadre institutionnel

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire sera supportée par les structures en place dans le système national de santé tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Il s'agira pour l'atteinte des résultats de : (i) renforcer davantage la gouvernance et le leadership de la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé dans la conduite du programme de santé communautaire unique autour duquel adhère l'ensemble des partenaires, (ii) renforcer la coordination technique santé. (iii) renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PSNSC 2022-2025.

Ce plan servira d'unique boussole pour toutes les interventions dans le secteur de la santé communautaire sur la période, quel que soit le lieu de l'intervention et la source de financement. Il sera présenté à tous les acteurs et parties prenantes pour informations dans le cadre de la coordination multisectorielle et sa mise en œuvre sera coordonnée par le Ministère en charge de la santé.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire s'appuiera sur des structures compétentes, et prendra en compte l'aspect multisectoriel et renforcera les organes nécessaires au développement de la santé communautaire.

1.1.1 Niveau central

- **Le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS)**

Le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS) crée par décret n° 96-316 du 24 Avril 1996 portant création et organisation du Comité national de l'Action sanitaire. Il est placé sous la tutelle du Président de la République et a pour mission de : (i) examiner l'état d'avancement des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les pathologies prioritaires, (ii) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire national, (iii) et particulièrement, de donner des conseils, suivre et contrôler l'exécution des programmes d'hygiène publique.

Le Comité national sera réactivé et se réunira au moins deux fois par an et chaque fois que de besoin, sur convocation de son Président et le secrétariat est assuré par le Ministre en charge de la Santé Publique qui établit un rapport annuel des activités du Comité national qui est présenté au Président de la République.

- **Le Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC)**

Le **Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC)** est l'organe de coordination des interventions de santé communautaire et regroupe les représentants du Ministère en Charge de la Santé, les partenaires techniques et financiers, les partenaires de mise en œuvre, les organisations de la société civile, ainsi que tous les autres ministères et institutions concernés par la santé communautaire. L'organisation, la composition et le fonctionnement de cet organe devront faire l'objet d'un arrêté interministériel. Il constitue le comité technique de suivi de la PSNSC.

Le CCPISC est composé de l'organe central et 3 sous-groupes thématiques qui sont : (i) coordination, orientation et planification, (ii) mobilisation des ressources, (iii) suivi-évaluation. Les sous-groupes thématiques se réunissent trimestriellement pour analyser les différents problèmes identifiés et les organes se rencontrent semestriellement pour les recommandations.

1.1.2 Niveau régional

- **Le Comité Régional de l'Action Sanitaire (CRAS)**

Le Comité Régional de l'Action Sanitaire placé sous l'autorité du préfet de Région. Il a pour mission de : (i) Faire la revue régionale de l'exécution du Plan national de Développement sanitaire, (ii) de réaliser la synthèse de l'état d'avancement dans la région des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires et, en particulier, des programmes d'hygiène publique, (iii) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire régional.

Le Comité régional est composé du préfet de la Région qui est le Président, du Directeur régional de la Santé publique, des chefs de services régionaux des ministères membres du Comité national, deux représentants de l'Assemblée nationale, deux représentants du Conseil économique et social, deux représentants de l'UVICOCI.

Le Comité régional se réunit au moins trois fois par an et chaque fois que de besoin, sur convocation de son président. Le secrétariat du Comité régional est assuré par le directeur régional de la Santé publique. Le préfet de Région établit un rapport semestriel des activités du Comité régional qu'il présente au Comité national.

- **Les comités locaux régionaux du Cadre de Concertation Permanent des Interventions en Santé Communautaires (CCPISC)**

Au niveau régional, le cadre est chargé de faire le point des interventions communautaires au niveau régional. Il est composé de tous les intervenants de la santé communautaire au niveau régional et le

Préfet de région assure la présidence. Les réunions de coordination sont semestrielles et sont sanctionnées par un rapport.

1.1.3 Niveau départemental

- **Le Comité Départemental de l'Action Sanitaire (CDAS)**

Il est placé sous l'autorité du préfet de département. Le Comité est chargé : (i) de faire la revue départementale de l'exécution du Plan national de développement sanitaire, notamment de coordination de tous les services concourant à l'amélioration de l'état de santé des populations, (ii) d'examiner l'état d'avancement dans le département des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires, et en particulier des programmes d'hygiène publique, (iii) de vérifier la mise en œuvre effective du Paquet minimum d'activités dans toutes les formations sanitaires du département, (iv) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire départemental.

Le Comité départemental est composé du Préfet du département qui est président, du directeur départemental de la Santé publique ou le Directeur de District sanitaire, des chefs de services départementaux des ministères membres du Comité national, deux représentants de l'Assemblée nationale, deux représentants du Conseil économique et social, deux représentants de l'UVICOCI.

- **Les Comité Locaux Départementaux du (CCPISC)**

Les comités départementaux du CCPISC sont chargés de : (i) préparer, mettre en œuvre et faire le suivi-évaluation du plan d'action départemental, (ii) superviser et faire le suivi - évaluation des plans d'action des activités des comités sous préfectoraux, (iii) rechercher et mobiliser des fonds nécessaires au niveau départemental, (iii) assurer la participation effective et la mobilisation des communautés, (iv) assurer la coordination des interventions communautaires au niveau départemental, (v) assurer l'analyse des rapports d'activités

Ils sont composés du préfet de département qui assure la présidence, du sous-préfet, du Représentant de la municipalité, du Représentant du conseil régional, Directeur Départemental de la Santé et son équipe cadre de district dont le CAG, des OSC/ONG. Les réunions de coordinations sont trimestrielles avec un Plan d'action communautaire du département consolidé et validé et un compte rendu de la réunion.

1.1.4 Niveau Sous préfectoral

Au niveau sous-préfectoral, les Comités Locaux Sous préfectoraux assureront la coordination des interventions communautaires. Ils sont composés du Sous-Préfet qui assure la présidence, le Médecin chef/infirmier/sage-femme le secrétariat, les autres chefs, les représentants de la société civile, les collectivités locales, les leaders, le secteur privé, les représentants des PTF, les représentants des ASC. Les réunions sont mensuelles avec un rapport qui est transmis au comité départemental.

1.1.5 Niveau local

Les interventions communautaires au niveau local sont coordonnées par les comités villageois composés du Chef de village (Présidence), l'infirmier/sage-femme (Secrétariat), le représentant de

l'administration, l'ASC (Secrétariat en cas d'absence de centre de santé), les autres comités de gestion et de développement (village, quartier), le représentant de la jeunesse, le représentant des femmes, le représentant Chef traditionnel/coutumier, le représentant des communautés religieuses, la mutuelle de développement. Les réunions sont mensuelles avec un rapport qui est transmis au comité sous préfectoral. Les réunions du comité sont mensuelles.

Au niveau sous-préfectoral et local, les comités ont pour mission de : (i) préparer, mettre en œuvre et faire le suivi-évaluation du plan d'action sous préfectoral et villageois, (ii) superviser et faire le suivi -évaluation des activités des acteurs de mise en œuvre au niveau village et de la sous-préfecture ; (iii) faciliter les interventions des acteurs communautaires, (iv) rechercher et mobiliser des fonds nécessaires, (v) Identifier les ASC, (vi) assurer la participation effective et la mobilisation des communautés, (vii) assurer la coordination des interventions communautaires au niveau sous-préfecture et des villages, (viii) œuvrer à la qualité des interventions communautaires.

1.2 Cadre de planification

La planification opérationnelle en Santé Communautaire doit s'aligner sur les priorités du plan stratégique. Cependant, au niveau communautaire, des mécanismes doivent être développés pour garantir la pleine implication de la communauté dans le processus de planification.

1.2.1 Niveau national

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSNSC 2022-2025, il apparaît nécessaire de développer un dispositif de planification en vue d'amener tous les acteurs publics, privés, partenaires techniques et financiers, société civile et communautaires à aligner leurs interventions sur ledit plan. L'objectif du dispositif est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. A cet effet, un guide de planification sera élaboré par le Ministère en Charge de la Santé et diffusé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Les plans opérationnels nationaux**

La mise en œuvre du PSNSC 2022-2025 se fera à travers des plans opérationnels de 2 ans. Dès l'adoption du PSNSC 2022-2025, un premier Plan Opérationnel National (PON) de 2 ans sera élaboré pour couvrir la période 2022-2024. Le PON est la déclinaison du PSNSC qui identifiera tous les lots d'activités à mener sur la période pour chaque stratégie. Les activités identifiées sont programmées et budgétisées. Les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre seront situées.

Chaque année, ce plan sera évalué puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel sera glissant. On aura alors, 2 plans opérationnels pour le PSNSC 2022-2023 : PON 2024-2025.

1.2.2 Niveau départemental

La déclinaison du plan Opérationnel National au niveau de chaque département conduira à des Plans Départementaux de Santé Communautaire (PDSC) multisectoriels annuels. Ces plans devront être élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales et toutes les parties prenantes et acteurs impliqués dans la santé communautaire ainsi que toutes les structures en charge de la gestion de la communauté. Ces PDSC s'appuieront sur le PON en cours et leurs élaborations et le suivi de la mise en œuvre seront pilotés par les équipes départementales de la santé.

Le comité de suivi au niveau départemental veillera à ce que toutes les parties prenantes (organisations et associations de la société civile, acteurs du secteur privé de la santé, partenaire technique et financier etc.) soient impliquées dans le processus de planification locale en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé avec une meilleure appropriation.

1.2.3 Niveau communautaire

Au niveau communautaire, les Groupements d'Actions Communautaires (GAC) déclineront les Plans Départementaux de Santé Communautaire (PDSC) en Plan d'Action Communautaire Annuel (PACA) Ces plans seront élaborés avec la pleine participation et implication des communautés afin de prendre en compte tous leurs besoins. L'élaboration du PACA sera coordonnée par l'agent de santé superviseur de l'ESPC.

L'équipe de santé communale notamment le GAC participera activement à tout le processus de l'élaboration du PACA : analyse de la situation, identification des problèmes, identification des besoins, identification des solutions et des interventions, évaluation des interventions et présentation des résultats.

1.3 Cadre de suivi évaluation

Il sera développé un plan de suivi évaluation pour la mise en œuvre du PSNSC 2022-2025. Ce plan identifiera : (i) le mécanisme de collecte des données et informations pour alimenter le Système Nationale d'Informations Sanitaire, (ii) le circuit de transmission des données, (iii) les niveaux d'analyses et de rapportage, (iv) les outils de collecte, (v) les mécanismes d'assurance qualité, (vi) les niveaux de supervision, (vii) les besoins en renforcement des capacités.

1.4 Mécanisme de mobilisation des ressources

Afin de pérenniser les interventions communautaires, la première source de financement du PSNSC 2022-2025 proviendra du budget de l'Etat. A ce jour la stratégie communautaire est financée majoritairement par les PTF et les bailleurs de Fonds. L'Etat devra accroître graduellement son financement à une pérennisation des interventions communautaires.

L'Etat développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale. Des efforts seront faits afin de continuer à mobiliser d'autres ressources auprès des partenaires au développement et du secteur privé.

L'État continuera à faire des plaidoyers auprès des Partenaires Techniques et Financiers et des bailleurs pour la mobilisation de ressources afin d'apporter un appui dans la mise en œuvre des interventions communautaires pour l'amélioration de l'état de santé des populations notamment les plus vulnérables et atteindre les objectifs que le plan stratégique s'est assigné.

Le mécanisme de mobilisation des ressources à travers le GFF sera utilisé pour mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan stratégique.

1.5 Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025 se fera sur les principes prônés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) et la déclaration de Paris à savoir : **(i)** l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PSNSC 2022-2025, **(ii)** l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, **(iii)** la gestion axée sur les résultats, **(iv)** la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

XI. Besoins en financement du PSNSC 2022-2025

7.1 Besoins en personnel communautaire ASC et kits (équipement, matériel et motivation) de 2022-2025

Les hypothèses retenues pour la détermination des besoins en personnel communautaire sont :

- En 2020, les données de base issues de la modélisation qui détermine 14 275 ASC dont 1 428 ASC coach.
- Evolution par an du nombre d'ASC compte tenu du taux d'accroissement 2,90% et des nouveaux besoins
- 1 ASC pour 500 habitants
- 1 ASC coach pour 10 ASC
- Rémunération d'1 ASC = SMIG en Côte d'Ivoire

Tableau 12 : Evolution de la population de 2021-2026 avec un taux d'accroissement de 2,9%

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Population Totale	29 389 150	30 241 435	31 118 437	32 020 872	32 949 477	33 905 012
Population < 5 km	20 631 183	21 229 488	21 845 143	22 478 652	23 130 533	23 801 318
Populations > 5 km	8 757 967	9 011 948	9 273 294	9 542 220	9 818 944	10 103 694
Population Milieu Rural	13 959 846	14 364 682	14 781 258	15 209 914	15 651 002	16 104 881
Population Milieu Urbain	15 429 304	15 876 754	16 337 179	16 810 958	17 298 475	17 800 131

Tableau 13 : Besoins en personnel communautaire en milieu rural

Ratio ASC/Pop	2021		2022		2023		2024		2025		2026	
	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km
1 ASC/ 500 Hbts	19 600	8 320	20 168	8 561	20 753	8 810	21 355	9 065	21 974	9 328	22 611	9 599

Tableau 14 : Besoins en personnel communautaire en milieu urbain

Acteur/Pop	2021		2022		2023		2024		2025		2026	
	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km	< 5km	> 5Km
1 ACTEUR 1000 Hbts	10 831	4 598	11 145	4 731	11 469	4 868	11 801	5 010	12 144	5 155	12 496	5 304

Tableau 15 : Besoins en personnel communautaire : autres acteurs communautaires

Acteur/Pop	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Conseillers Communautaire VIH	831	855	880	905	931	958
Acteurs TB	661	622	578	532	484	436
Acteurs HSH	908	934	961	989	1 018	1 048
Acteurs TS	1 399	1 439	1 481	1 524	1 568	1 614
Acteurs UD	969	997	1 026	1 056	1 087	1 118

7.2 Formation et recyclage

La formation et le recyclage du personnel communautaire se fera de façon continue sur la période de mise en œuvre du plan stratégique. Pour ce faire un plan de formation des acteurs sera élaboré et mis en œuvre. Ce plan identifiera les besoins en formation et en recyclage des différents acteurs, les périodes, le coût.

7.3 Equipement

- Kit ASC : 1 kit par ASC
- Kit Superviseur : 1 kit par superviseur
- Kit ordinateur CAC : 1 Ordinateur portable complet
- Renouvellement des kits ASC et superviseur chaque 2 ans

7.4 Documents et outils

Pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2022-2025, les documents et outils seront développés et mis à disposition des acteurs à tous les niveaux.

Les documents qui serviront de guides et d'orientations et aideront à réaliser les activités pour l'atteinte des résultats sont entre autres :

- Les plans opérationnels
- Le guide du formateur
- Le manuel technique de l'acteur communautaire
- Le cahier du participant
- La boîte à images de l'acteur communautaire
- Le référentiel national de mise en œuvre des interventions communautaires en santé

Les outils serviront à collecter les informations et les données sur le terrain. Il s'agira de :

- Le cahier de visites à domicile pour documenter les informations lors des visites dans les ménages
- Le registre de l'acteur communautaire (ASC et autres)
- Les fiches de référence et contre référence
- Le registre de suivi des enfants de moins de 5 ans pour enregistrer les services fournis : vaccins, vitamine A, et autres ;
- Le registre de planification familiale pour l'enregistrement des services fournis pour supporter l'utilisation des méthodes modernes de contraception.
- Les rapports mensuels d'activités communautaires
- etc

7.5 Besoins en ressources financières

Le budget du Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2022-2025 s'élève à 203 325 202 764 CFA soit 309 967 273 Euros.

- **Budget par effet ou par axe stratégique**

Le budget par axe est présenté comme suit avec une prédominance pour les informations sanitaires de 49,9% suivi des prestations 25,6%, la gouvernance environ 18%.

Résumé du budget par Effet	2 022	2 023	2 024	2 025	Total pour 4 ans (FCFA)	Total pour 4 ans (EURO)	%

La gouvernance, le leadership et l'engagement de tous les acteurs, y compris les communautés dans les interventions de santé communautaire sont renforcés à tous les niveaux (central, régional, départemental et local)	746 891 917	16 960 814 985	10 469 873 605	8 365 741 153	36 543 321 660	55 709 935	17,97%
Des ressources humaines de la santé communautaire en quantité et qualité sont disponibles à tous les niveaux	2 207 393 818	2 763 341 319	2 684 384 668	2 604 005 717	10 259 125 522	15 639 936	5,05%
L'utilisation des services de santé communautaires de qualité par les populations est améliorée d'ici 2025	7 956 428 671	14 164 126 888	15 805 386 297	14 258 911 000	52 184 852 856	79 555 295	25,67%
Des mécanismes de financement durable de la santé communautaire sont établis	10 230 000	1 518 960 185	916 093 773	374 762 005	2 820 045 963	4 299 132	1,39%
D'ici 2025, les informations sanitaires communautaires de qualité sont utilisées pour la prise de décision	7 395 451 070	51 006 139 239	27 630 145 349	15 486 121 105	101 517 856 763	154 762 975	49,93%
Total	18 316 395 475	86 413 382 616	57 505 883 692	41 089 540 980	203 325 202 764	309 967 273	100%

- **Budget par catégorie de coûts**

Les infrastructures et équipements avec 24,38% du budget occupent la 1^{ère} place des catégories de coûts suivi de la planification et de l'administration 21,21%, du suivi évaluation 20,76%, du soutien humain aux patients/populations cibles 11,93%.

Résumé du budget (FCFA) par catégorie de coût	2 022	2 023	2 024	2 025	Total pour 4 ans (FCFA)	Total pour 4 ans (EURO)	%
Ressources Humaines	2 393 996 818	3 407 946 665	3 432 062 018	3 457 905 717	12 691 911 219	19 348 694	6,24%
Assistance Technique	0	285 190 119	173 031 139	149 645 917	607 867 175	926 688	0,30%
Formation	78 673 085	6 416 960 191	4 787 262 425	153 341 000	11 436 236 701	17 434 430	5,62%
Produits et équipements de santé	1 784 928 000	2 019 312 000	2 250 474 000	2 492 300 000	8 547 014 000	13 029 839	4,20%
Produits pharmaceutiques (médicaments)	1 500 000	2 006 000 000	2 006 000 000	2 006 000 000	6 019 500 000	9 176 669	2,96%
Infrastructure et autres équipement	6 018 000 000	32 449 889 438	11 084 473 272	13 760 000	49 566 122 710	75 563 067	24,38%
Matériel de communication	442 328 585	1 465 770 917	1 497 767 000	1 466 434 000	4 872 300 503	7 427 774	2,40%
Suivi et évaluation (SE)	1 761 615 428	17 110 445 865	12 129 953 469	11 211 536 633	42 213 551 395	64 354 144	20,76%
Planification et administration	776 978 559	15 528 022 421	13 751 105 369	13 065 787 713	43 121 894 062	65 738 904	21,21%
Soutien humain aux patients/populations cibles	5 058 375 000	5 723 845 000	6 393 755 000	7 072 830 000	24 248 805 000	36 967 065	11,93%
Total	18 316 395 475	86 413 382 616	57 505 883 692	41 089 540 980	203 325 202 764	309 967 273	100%

Annexes

Annexe 1 : Tableau de synthèse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

Annexe 2 : Tableau de synthèse PMA par type de personnel communautaire

Annexe 1 :

Tableau 16 : Synthèse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

GOUVERNANCE ET LEADERSHIP			
COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES	MENACES
<p>Cadre Juridique, document de politique et de référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de certains textes réglementaires (loi, décret...) qui régissent la santé communautaire et son fonctionnement à tous les niveaux - Existence de document de politique de la santé communautaire avec des orientations stratégiques - Existence de documents normatifs : directives, guides, manuels et référentiels de la santé communautaire pour la mise en œuvre des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible diffusion des textes auprès des acteurs de décision et de mise en œuvre - Insuffisances/méconnaissance et faible appropriation des textes par les acteurs - Absence de certains textes notamment le statut des ASC et autres acteurs communautaires - Absence d'orientation des acteurs sur les textes et autres documents - Document de politique non diffusé auprès des acteurs - Faible connaissance du document de politique par les acteurs - Faible diffusion des guides, manuels et autres documents auprès des acteurs - Faible appropriation et application des documents normatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement mondial favorable à la santé communautaire - Opportunités de mobilisation de ressources et de partage d'expériences au niveau international - Opportunités de mobilisation de ressources domestiques - L'existence du concept « One Health » (pour favoriser la participation)
	<p>Cadre de coordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de cadre de coordination de la santé communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de coordination non fonctionnel (CNAS) à tous les niveaux - Cadre de coordination non formalisé (CCPISC)
<p>Coordination de l'action humanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de la S/D de la coordination de l'Action humanitaire au sein de la DSC avec du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible coordination et visibilité de la DSCPS (des interventions humanitaires) - Faible implication de la DSCPS dans la conception et la mise en œuvre de l'action humanitaire 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Fiable engagement et collaboration entre les entités en charge de l'action humanitaire - Non harmonisation des interventions de l'action humanitaire - Insuffisance en ressources humaine et matérielle de la S/D en charge de l'action humanitaire - Insuffisance de personnel qualifié à la S/D de l'action humanitaire 			
		<ul style="list-style-type: none"> - Absence de plans opérationnels et de plan de suivi évaluation du PSNSC 2017-2021 - Absence de plans de mise en œuvre des interventions communautaires au niveau régional, district et local - Absence de guide de planification à tous les niveaux - Faible implication du niveau régional et district dans la mise en œuvre des interventions communautaires 		<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire - Migration irrégulière 	
Cadre de Planification	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de document de planification notamment le plan stratégique pour orienter les interventions 				
Participation et engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de textes réglementaires de la participation communautaire ((loi n°1/009 du 4 juillet 2003 portant modification du décret-loi du 17 juin 1988 ; Décret N°96-316 du 24 avril 1996 portant création et organisation du Comité National de l'Action Sanitaire, décret /loi portant attributions, organisation et le fonctionnement des 	<ul style="list-style-type: none"> - La faible implication des collectivités locales dans la mise en œuvre des interventions communautaires en lien avec les rôles et responsabilités assignés dans la politique nationale de la santé communautaire ; - La non-fonctionnalité des CNAS au niveau central, régional, départemental ainsi que la non-fonctionnalité des CCPISC au niveau régional et départemental - L'insuffisance d'accompagnement des structures communautaires et le suivi des stratégies communautaires mises en œuvre par les districts sanitaires et les régions sanitaires conformément au décret 93-218 du 3 février 1993 fixant les règles de gestion 		<ul style="list-style-type: none"> - Environnement mondial favorable à la santé communautaire - Opportunités de mobilisation de ressources et de partage d'expériences au niveau international - Opportunités de mobilisation de ressources domestiques - L'existence du concept « One Health » (pour 	

	<p>collectivités intégrant le volet action sanitaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de documents cadres nationaux (Plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 ; Cadre de Mise en Œuvre des Interventions à base Communautaire, Manuel des Directives du PMA des ESPC intégrant les activités communautaires, Guide National de Formation des Agents de Santé Communautaire, Référentiel National de mise en œuvre des interventions communautaires, politique nationale de la santé communautaire) - Développement de plusieurs interventions et approches de santé communautaire - Existence d'un modèle type d'ASC pour le pays - Existence de CVD, CDQ et des COGES dans les ESPC - Existence d'une stratégie nationale du Suivi dirigé par la Communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - des formations sanitaires rurales et du décret 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics ; - L'absence de formalisation du cadre permanent de concertation sur les Interventions Communautaires - L'inexistence des structures communautaires (CDV, CDQ, , etc.) - Non fonctionnalité de certains COGES - Absence de référentiel mettant en exergue une participation des communautés dans tout le processus de diagnostic, de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des interventions communautaires en santé 	<p>favoriser la participation)</p>	la
--	---	--	------------------------------------	----

RESSOURCES HUMAINES					
COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES	MENACES	OPPORTUNITES	
Planification des ressources humaines de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un document de cartographie nationale des ASC - Disponibilité d'ASC ayant des capacités renforcées - Existence des relais communautaires dans les aires sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance dans la couverture des aires sanitaires en acteurs communautaires - Le non-déploiement de l'ensemble des acteurs communautaires - La multiplicité de types d'agents communautaires abordant des thématiques différentes par rapport au mandat des institutions qui les utilisent - L'insuffisance dans l'application du processus de recrutement des acteurs communautaires 	Le turnover élevé des RH de santé communautaire, notamment en milieu urbain et péri-urbain	Existence des PTF engagés dans l'accompagnement de l'Etat	
Renforcement des capacités des ressources humaines de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un guide de Mise En Œuvre de la Supervision Dédiée des agents de santé communautaire ; - Existence du Guide National de Formation des Agents de Santé Communautaire (Cahier du participant Formation des ASC, Guide formateur, Manuel technique du participant Formation) - 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'un plan national de formation des acteurs communautaires - Absence de cursus et de curricula de formation qualifiante ou diplômante en santé communautaire tant au niveau central que décentralisé - Absence de plan de renforcement de capacités des acteurs communautaires dans 72% des districts sanitaires et 73,6% des ESPC. - La durée de formation des acteurs communautaires qui demeure insuffisante au regard des tâches et du PMA qui leur est confié - Non effectivité du suivi et cet encadrement technique des RH de 	Crises économiques et socio-politiques Crises sanitaires Catastrophes naturelles	Existence des PTF engagés dans l'accompagnement de l'Etat	

			<p>la santé communautaire par la DSCPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence à tous les niveaux d'outils adaptés prenant en compte le perfectionnement des RH des régions - Insuffisance de formation du GAC sur leur PMA (y compris le one Health) 	
PRESTATIONS DE SERVICES DE SANTE COMMUNAUTAIRE				
COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES	MENACES	OPPORTUNITES
Couverture et accès aux interventions de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du Manuel des Directives du PMA des ESC intégrant les activités communautaires - Disposition des communautés à accueillir toutes les interventions communautaires - Existence de réseaux communautaires tels que la société civile et les ONG œuvrant au sein de la communauté pour offrir des services de santé variés - L'existence de la grille de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'un plan national de formation de l'ensemble des acteurs communautaires - La non prise en compte de certains aspects de supervision de la santé communautaire dans le guide national de supervisions - Non harmonisation du paquet d'activités des ASC (moins de 5km et plus de 5km) - Absence de retro-information et de redevabilité des acteurs communautaires envers la communauté - Insuffisance de formation des acteurs communautaires sur le PMA - Faible couverture de prestation de service communautaire sur l'ensemble des localités 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire (COVID-19, EBOLA...) - Intempérie 	
Approvisionnement en infrastructures, matériels et intrants stratégiques de mise en œuvre des interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de notes circulaires et/ou d'arrêtés portant sur l'approvisionnement, la 	<ul style="list-style-type: none"> - Les ruptures en médicaments traceurs et intrants pour les districts sanitaires et pour les ESC 		Opportunités de mobilisation de ressources et de partage d'expériences au niveau international

<p>communautaires</p>	<p>gestion et la dispensation des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plateforme des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance de capacités de gestion des stocks des ASC - Insuffisance de financement pour l'achat des médicaments et intrants - Insuffisance de ressources (matériels, équipements) - Adéquates mises à disposition des acteurs communautaires pour la mise en œuvre des interventions communautaires - Non-respect du contenu standard du kit (de travail) de l'ASC par tous les acteurs de la santé communautaire - Retard dans la mise à disposition des kits aux ASC - Non renouvellement des kits mis à disposition des ASC 	
SUIVI EVALUATION DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE			
<p>COMPOSANTES</p> <p>Cadre institutionnel du dispositif de suivi évaluation des interventions communautaires</p>	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de plusieurs documents couvrant des aspects importants du système de suivi et évaluation : (i) manuel de procédures de gestion des données communautaires pour le système d'information sanitaire, du (ii) fascicule pour le monitoring semestriel des interventions essentielles du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de S&E : Absence de plan national de suivi-évaluation et d'un plan de travail national de suivi-évaluation - RH : Absence de plan de renforcement des capacités des staff impliqués dans le M&E surtout les CAC qui n'ont pas été formés en S&E depuis leur nomination - Inexistence de plan national de suivi-évaluation, - Inexistence de plan de renforcement des capacités du personnel impliqués dans le S&E, 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire - Migration irrégulière <p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement mondial favorable à la santé communautaire - Opportunités de mobilisation de ressources et de partage d'expériences au niveau international - Opportunités de mobilisation de ressources domestiques - L'existence du concept « One Health » (pour favoriser la participation)

	<p>de premier contact ainsi que (iii) les rapports mensuels SIG ESPC, hôpital général et CHR ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de mécanisme de suivi/évaluation se basant sur les plans d'action opérationnel 2021 et leur plan de suivi de quelques districts sanitaires - Existence de RH dédiés au M&E avec des profils variés (Master, IDE, assistants sociaux, sages-femmes, agents communautaires) - Mise en place en janvier 2020 du sous-groupe thématique suivi-évaluation du cadre de concertation permanente des activités communautaires. - Intégration des données communautaires dans le SNIS. - 62,5% des régions visitées ont affirmé organiser des réunions de coordinations des activités communautaires - Prise en compte des données communautaires dans les rapports communautaires uniques des formations sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence de cadre de redevabilité et de textes réglementaires formalisant le cadre permanent de concertation des interventions en santé communautaire. - Ruptures d'outils de collecte des données programmatisées pour insuffisance des fonds alloués ; - 44 % des ASC rencontrent des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités) ; - 64% des districts sanitaires valident mensuellement les données communautaires avant leur saisie dans le DHIS2 ; - Faible promptitude (67%) dans la transmission des rapports des ASC ; - Faible complétude des données communautaires dans le DHIS2 ; - Insuffisance de rapportage des données communautaires au niveau des ESPC. 	
--	---	---	--

<p>Collecte, compilation, saisie, analyse, transmission et stockage des données</p> <p>Procédure de collecte des données et contrôle qualité des informations de santé communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des données communautaires dans le DHIS2 - 97,2% des ESPC organisent des réunions de validation mensuelle des rapports avec les ASC avant leur transmission aux CAC des districts sanitaires - 97% de taux de complétude des rapports des ASC - Archivage des données communautaires des ASC (Rapport, cahiers, registre) dans les ESPC des rapports communautaires des ESPC au district. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptures d'outils de collecte des données programmiques pour insuffisance des fonds alloués ; - 44 % des ASC rencontrent des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités), - Seuls 64% des districts sanitaires valident mensuellement les données communautaires avant leur saisie dans le DHIS2 - Faible promptitude (67%) dans la transmission des rapports des ASC - Faible analyse et utilisation en général, des données communautaires pour une prise de décision dans les districts sanitaires et les ESPC 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire - Migration irrégulière 	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Supervision</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un guide national de supervision et des grilles nationales de supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture des grilles de supervision (Seulement 37,5% de régions, 7,6% des districts et 86% des ESPC en disposent) - Pas de grille de supervision pour certains acteurs (CAC, ASS, ASC Coach) - Insuffisance de supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux (des CAC vers les ESPC et des ESPC vers les ASC). 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> -
<p>Suivi dirigé par la communauté des programmes et politiques de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence et mise en œuvre de l'Observatoire Régional Communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest dans 11 pays de 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible intégration de la surveillance communautaire dans le système de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> -

	<p>l'Afrique de l'Ouest dont la Côte d'Ivoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions du système d'alerte à travers la plateforme des réseaux et faitières de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme - Mise en œuvre de l'Observatoire Communautaire de la Santé en Côte d'Ivoire (OCSCI) qui est une plateforme de veille, d'alerte, de documentation, d'orientation et de réponse, aux incidents 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible mobilisation, participation et engagement dans la surveillance communautaire ; - Besoin d'une synergie des interventions de surveillance communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire - Migration irrégulière 	
<p>Promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un cadre de collaboration entre Alliance Côte d'Ivoire et PACCI sur la documentation scientifique et des expériences et bonnes pratiques et la recherche opérationnelle dans le domaine de la santé communautaire - Partage de bonnes pratiques en matière de santé communautaire lors des ateliers nationaux, des rencontres et conférences internationales ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Faibles capacités techniques des acteurs nationaux de la santé communautaire pour la réalisation des activités de recherche opérationnelle relatives aux interventions en santé communautaire - Absence de conventions de partenariat prévues avec les institutions de formation et de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire - Migration irrégulière 	-
<p>Utilisation des données et partage des bonnes pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 62,5% parmi utilisent ces données pour améliorer les interventions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Faibles capacités techniques des structures communautaires sur la diffusion des résultats et la 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité institutionnelle - Crise sanitaire 	-

sur les activités communautaires		consolidation des bonnes pratiques	- Migration irrégulière	
FINANCEMENT DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES				
COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES	MENACES	OPPORTUNITES
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une volonté politique : création d'une direction centrale dédiée à la santé communautaire (DSC), santé communautaire une priorité nationale par la prise en compte du volet Santé communautaire dans le PNDS 2016-2020, élaboration du PSCSC 2017-2021, élaboration de la politique nationale de santé communautaire - Existence de textes réglementaires sur les interventions communautaires - Présence des partenaires d'exécution sur le terrain ; - Disposition des communautés à accueillir toutes interventions communautaires - Existence du Document Cadre de Mise en Œuvre des Interventions à base Communautaire ; - Existence du Manuel des Directives du PMA des ESPC 	<ul style="list-style-type: none"> - Non formalisation du cadre de concertation permanent ; - Faible appropriation des rôles en matière de financement de la santé communautaire par les organes décentralisés et décentralisés - Coordination et harmonisation limitées des financements ; - Absence de plan de mobilisation de ressources - Faibles compétences des acteurs locaux (DR, DD, ESPC, COGES et communautés) dans la recherche des financements au niveau local et à l'étranger ; - Faible implication de la communauté en matière de mobilisation de ressources pour le financement des 	<ul style="list-style-type: none"> - Santé communautaire une priorité internationale - Appui de plusieurs partenaires de santé communautaire - Existence de mutuelles de développement des villages ; - Disponibilité des partenaires techniques et financiers (PTF) à soutenir l'approche communautaire ; - Réformes du système de santé en cours telles que le PBF et la CMU ; - Capitalisation des expériences d'autres pays 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible financement du secteur de la santé dans sa globalité ; - Dépendance du financement de la santé communautaire aux financements extérieurs par les PTF - Absence d'un cadre de rencontre périodique entre la DSC et l'ensemble des partenaires intervenant dans la santé communautaire - Développement de réseaux parallèles de vente illicite de médicaments.
Mobilisation des ressources				

	<p>intégrant les activités communautaires</p>	<p>interventions de santé communautaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un cadre national intégré de rapportage de la gestion des ressources - Prise en compte des acteurs communautaires dans le mécanisme de financement basé sur la performance limitée malgré l'ébauche lancée par Alliance CI et le PNLT dans le cadre de la lutte contre la tuberculose - Insuffisance de contribution des collectivités locales au financement de la santé communautaire ; <p>Insuffisance de la traçabilité de la contribution des communautés dans le financement de la santé au niveau communautaire</p>		
<p>Motivation des acteurs communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des ASC dans toutes les aires sanitaires - Motivation des ASC - Formation des ASC - Accessibilité et la disponibilité des ASC - Définition d'un mécanisme de motivation financière et non financière consensuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation des rôles en matière de motivation des ASC par les organes centraux, décentralisés et décentralisés - Absence d'un cadre juridique formel portant statut des ASC et mécanisme de motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système de suivi et évaluation en cascade assuré par les agents de santé (responsable de l'ESPC, ECD) - Choix d'un modèle type d'ASC pour le pays - Disponibilité du Guide National de Formation des 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance des motivations des ASC au financement extérieurs par les PTF - Existence d'expériences de statut et de professionnalisation des ASC

	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des critères, des conditions d'exercice de l'ASC et de son Paquet Minimum d'Activités à réaliser dans sa communauté - Institution et la mise en œuvre d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans la mise en œuvre du mécanisme de motivation financière et non financière des ASC - Faible implication de la communauté en matière de mobilisation de ressources pour le financement des interventions de santé communautaire. - Absence de plan national de formation des ASC, - Absence de plaidoyer auprès des communautés pour leur participation à la motivation non numéraire des ASC, - Absence de la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales dans la motivation financière des ASC. - Quasi absence de motivation non financière 	<p>Agents de Santé Communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiatives sous régionales en faveur de la professionnalisation des ASC - Elaboration d'un plan de financement 2020-2023 à travers le mécanisme du GFF prenant en compte la motivation financière de 20 000 ASC - Existence d'une cartographie nationale, d'une base de données de l'intervenant communautaire et des ASC 	
--	--	--	--	--

Annexe 2 :

Tableau 17 : Synthèse PMA par type de personnel communautaire

Type de personnel	PMA		
	Services Administratifs et de Gestion	Activités promotionnelles et préventives	Activités curatives et de soins palliatifs
GAC (groupe communautaire) : ASC et Relais Communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Recenser la population de sa zone d'intervention (nom, prénoms, âge, sexe, concession / ménage, etc.) et consigner les données de recensement dans le cahier de l'Agent pour les activités de promotion de la santé Mettre à jour les informations sur les naissances et les décès Faire régulièrement des rapports d'activités qu'il transmet au responsable de l'ESPC qui couvre sa zone d'intervention Informier régulièrement la communauté sur la situation épidémiologique de sa zone d'intervention Assurer la gestion des intrants et des médicaments mis à sa disposition 	<ul style="list-style-type: none"> Mener les activités d'IEC/CCC/C4D concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables (Santé/Education) Organiser des activités visant un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures de d'assainissement de base (WASH) Faire la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, (Santé/Agriculture et Production animale et halieutique/Industrie) Promouvoir la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale (Santé/Protection familiale) Participer à la distribution à base communautaire de médicaments et intrants y compris les traitements de masse Faire le dépistage et le suivi communautaire de certaines affections Participer à la vaccination contre les grandes maladies infectieuses Participer à la surveillance épidémiologique des maladies pour la prévention et le contrôle des endémies locales Faire la référence/orientation des cas de maladies Participer aux activités de développement communautaire et aux actions humanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Participer au traitement des affections simples et courantes Faire le suivi de l'observance des traitements prescrits par l'agent de santé Apporter des soins et soutiens aux personnes souffrant de maladies chroniques

<p>Relais Communautaire (RECO) (Urbain, péri urbain)</p>	<p>Paquet spécifiques aux KPs (TS, HSH, UD, TG) (PMA KPs)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promotion de l'utilisation et distribution de préservatif et gels ● Diagnostic et traitement des IST ● Conseil et dépistage du VIH ● Prévention de la transmission mère – enfant du VIH ● Prise en charge de l'infection à VIH (Prévention et traitement des IO, ARV) ● Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH ● Prise en charge psychologique et sociale (y compris l'appui juridique) ● Promotion du respect des droits humains ● Accès aux services de santé mental 	<p>PMA soins et soutien aux PVVIH/OEV et familles</p> <p>Le PMA traduit les 8 composantes du dispositif national des soins et soutien aux PVVIH/OEV et familles (Soutien médical ; Soutien psychologique ; Soutien spirituel ; Soutien social ; Soins et soutien nutritionnel et alimentaire ; Soutien économique ; Soutien juridique ; Soutien à l'éducation et à la mise en apprentissage)</p>	<p>Paquets spécifiques Tuberculeux (Prévention, Diagnostic/Traitement, Mobilisation Communautaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ IEC/CCC sur les mesures de réduction du risque dans l'entourage ■ Promotion de la vaccination des enfants ■ Promotion de la prophylaxie à l'isoniazide chez les enfants exposés et les PVVIH ■ Appui au diagnostic précoce ■ Acheminement des prélèvements collectés de la communauté et des MAC vers les CAT/CDT ■ Appui à l'observance du traitement et recherche des malades irréguliers ■ Prise en charge alimentaire des TBMR ■ Test VIH aux patients présumés TB référés ■ Soutien aux droits humains et à la dignité des personnes affectées par la tuberculose ■ Lutte contre la stigmatisation et la discrimination des malades TB avec implication des anciens malades ■ Plaidoyer auprès des leaders communautaires, des prestataires et des décideurs
---	--	---	---