



Attachment 8

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, à travers la Direction Générale de la Santé et la Direction de la Santé Communautaire, exprime ses remerciements à l'ensemble des cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 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. Son élaboration vient de ce fait combler un vide.

Nos remerciements s'adressent particulièrement:

- aux agences du Système des Nations Unies notamment à l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA pour leurs appuis techniques et financiers tout au long de ce processus ;
- à l'USAID/ PEPFAR, pour leur soutien technique et financier ;
- aux personnes ressources des autres ministères techniques pour leur disponibilité et leurs contributions remarquables, notamment le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat, le Ministère des Infrastructures Economiques, le Ministère du Plan et du Développement, le Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- aux différentes personnes ressources (facilitateurs, membres du groupe technique de travail et agents du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique) pour leur engagement et les efforts fournis durant tout le processus afin de rendre disponible ce document ;
- aux Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales notamment CARITAS-CI, ASAPSU, HFG/Abt Associates, ICAP-CI, IRC, HKI, CARE-CI, ACF;
- aux Organisations de la Société Civile.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique 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.

Le Directeur Général de la Santé

Professeur DAGNAN N'Cho Simplicie

AVANT PROPOS

La politique de la santé communautaire, gage de renforcement de l'organisation du système de santé, vise à terme à mettre en place un cadre consensuel d'intervention, fédérateur de l'ensemble des directions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des autres départements ministériels, des programmes nationaux, des collectivités locales, des partenaires techniques et financiers, de la société civile, et des communautés autour d'orientations en matière de santé communautaire.

Avant la mise en œuvre ou la modification des activités de la santé communautaire, il convient d'examiner minutieusement les problèmes liés à la santé des communautés. La parfaite connaissance de ces problèmes, de leur origine historique ou culturelle, de la manière dont ils se présentent et de la manière dont ils sont perçus par la population, est déterminante pour bien appréhender les ressources disponibles quelles soient humaine, matérielle ou financière. De ce processus, découle le choix des politiques, des approches communautaires et des interventions qui nécessitent un investissement des acteurs concernés pour la définition des besoins et la mobilisation pour la prise en charge desdits problèmes.

L'action communautaire inclut la mobilisation et la conscientisation d'un nombre critique d'acteurs, qu'ils soient professionnels de la santé, représentants d'institutions politiques ou sociales, témoins ou sujets du milieu. L'interaction entre ces différents intervenants doit servir de préalable à l'établissement de nouvelles stratégies permettant, notamment, l'intervention sur les déterminants de la santé.

Le principe fondamental est de considérer la politique de santé communautaire comme un instrument visant à modifier des situations problématiques en concevant et en conduisant un processus de changement pour générer le développement des communautés.

Cette politique doit provoquer une dynamique locale et permettre la constitution de partenariats. C'est pour accompagner tous les acteurs que, conscient de l'importance de la santé communautaire pour le développement de la Côte d'Ivoire, il a été créé, au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, la Direction de la Santé Communautaire, maître d'œuvre du présent document de politique. Son élaboration a été possible grâce à la collaboration entre les experts du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les acteurs de la santé communautaire en Côte d'Ivoire et à l'appui technique et financier des partenaires au développement.

La Direction de la Santé communautaire exprime toute sa gratitude à Madame la Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique pour son appui tout au long de l'élaboration du document. Elle compte sur l'engagement de tous pour la mise en œuvre et surtout le respect des orientations définies d'un commun accord dans le présent document de politique.

Le Directeur de la Santé Communautaire

Professeur Mamadou SAMBA

PREFACE

La Côte d'Ivoire a adopté les Soins de Santé Primaires comme sa principale stratégie d'offre de soins aux populations telle que réaffirmée dans les Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) successifs. Elle s'est engagée à développer des actions de protection et de promotion de la santé en faveur de tous ceux qui vivent sur son sol. Dans cette approche, la santé communautaire est essentielle. Elle permet de mener des actions efficaces pour améliorer la santé des individus, des groupes et des communautés à travers un système de santé toujours plus performant.

Pour permettre à tous les acteurs de la santé communautaire de conduire leurs mandats en conformité avec les priorités nationales, il est important de disposer d'un guide qui définisse les orientations générales et stratégiques.

Le présent Plan Stratégique Nationale de la Santé Communautaire (PSNSC) répond à ce besoin. Il a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations vivant en Côte d'Ivoire à travers des communautés engagées et responsables.

Ce document est un précieux outil de travail qui doit guider les activités de la santé communautaire durant les prochaines années. Il doit favoriser la mise en place d'un cadre d'intervention consensuel, fédérateur de l'ensemble des directions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des autres départements ministériels, des programmes nationaux, des collectivités locales, des partenaires techniques et financiers, de la société civile, et des communautés autour d'orientations en matière de santé communautaire.

Sa mise en œuvre doit permettre au système de santé de contribuer à la construction d'une Côte d'Ivoire émergente à l'horizon 2020. Le pays aura donc les moyens de jouer son rôle de pôle d'excellence en santé au service des populations.

Aussi, me plait-il, en ma qualité de premier responsable du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, d'exhorter les uns et les autres à s'y référer pour toutes les actions de santé communautaire en Côte d'Ivoire.

La Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Dr Raymonde GOUDOU COFFIE

SIGLES ET ACRONYMES

ABC	: Activités à Base Communautaire
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARSIP	: Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres Pandémies
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
ARV	: Anti Retro Viraux
AVP	: Accident de la Voie Publique
AVS	: Activité de Vaccination Supplémentaire
CC	: Conseiller Communautaire
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNACI	: Comité national antituberculeux de Côte d'Ivoire
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Périnatale
CSU	: Centre de Santé Urbain
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base de dérivés d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
CVS	: Comité Villageois de Suivi
DOTS/TDO	: Directly Observed Treatment / Traitement Directement Observé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DTS	: Dépenses Totales de Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et Santé
EDS	: Enquête Démographique et Santé
EIS	: Enquête sur les Indicateurs du Sida
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FBP/PBF	: Financement Basé sur la Performance/Performance Based Financing
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FDAL	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
HG	: Hôpital Général

HKI	: Helen Keller International
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
HTA	: Hypertension Artérielle
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IBFAN	: International Baby Food Action Network
iCCM	: integrated Community Case Management
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
IMEP	: Initiative Mondiale pour l'Éradication de la Poliomyélite
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IRC	: International Rescue Committee
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys /Enquête à Indicateurs Multiples
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSM	: Men who have Sex with Men/Hommes ayant les Rapports Sexuels avec les Hommes
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
NNE	: Nouveau-Né
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
ORL	: Oto Rhino Laryngologie
PADHEA	: (voir Encadré 1 p 31)
PE	: Pair Educateur
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFA	: Paralysies Flasques Aiguës
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PHAM	: Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire
PIAVIH	: Personne Infectée et Affectée par le VIH

PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMO	: Partenaire de Mise en Œuvre
PMT	: Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNEVG/EA	: Programme National d'Éradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNSME	: Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant
PNUD	: Fonds des Nations Unies pour la Population
PS	: Professionnel du Sexe
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PU	: Personnes en Uniformes
PVS	: Poliovirus Sauvage
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMM	: Rapport de la Mortalité Maternelle
SIDA	: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
TPB+	: Tuberculose Pulmonaire bactériologiquement Positive
UD	: Utilisateurs de Drogues
VAA	: Vaccin Anti Amaril
VIH	: Virus de l'Immuno Déficiency Humaine
Vit A	: Vitamine A
WASH	: Water, Sanitation and Hygiene
ODD	: Objectifs de Développement Durable

SOMMAIRE

DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	9
INTRODUCTION	14
I. CONTEXTE GENERAL DE LA COTE D'IVOIRE.....	14
1.1. <i>Contexte géographique et démographique</i>	14
1.2. <i>Contexte administratif et politique</i>	14
1.3. <i>Contexte socioculturel et environnemental</i>	15
1.4. <i>Contexte économique</i>	16
1.5. <i>Contexte sanitaire</i>	17
II. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	24
2.1. <i>Contexte et justification</i>	24
2.2. <i>Expériences de la lutte contre la maladie en santé communautaire</i>	25
III. DETERMINANTS DE LA SANTE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ET DEFIS.....	31
3.1. <i>Déterminants de la santé en milieu communautaire.....</i>	31
3.2. <i>Défis</i>	32
IV. VISION, VALEURS ET PRINCIPES	34
4.1. <i>Vision.....</i>	34
4.2. <i>Valeurs</i>	35
4.3. <i>Principes.....</i>	35
V. BUT ET OBJECTIFS	36
5.1. <i>But</i>	36
5.2. <i>Objectifs</i>	36
VI. STRATEGIES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	37
6.1. <i>Axes stratégiques.....</i>	37
6.2. <i>Actions / Interventions stratégiques</i>	37
VII. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE	40
VIII. SUIVI/EVALUATION	41
IX. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE	42
CONCLUSION	42
ANNEXE 1 : STATUT DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (ASC) EN CÔTE D'IVOIRE.....	44
ANNEXE 2: MOTIVATION DE L'AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN COTE D'IVOIRE	67
ANNEXE 3 : CADRE LOGIQUE.....	80
ANNEXE 4 : PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE.....	83
ANNEXE 5 : PARTICIPANTS A L'ATELIER DE HAUT NIVEAU POUR L'HARMONISATION DES ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE	86

DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

Assainissement

Il s'agit de l'ensemble des techniques d'évacuation et de traitement des eaux usées et des boues résiduelles.

Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)¹

Selon le manuel ATPC, c'est une approche qui vise à enrayer la défécation à l'air libre en améliorant la couverture de l'assainissement en milieu rural et péri-urbain. Elle cherche principalement à provoquer un changement dans le comportement sanitaire plutôt qu'à construire des toilettes. Cette approche s'opère à travers un processus de communication sociale stimulé par des facilitateurs à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté, se concentre sur les comportements de la communauté entière plutôt que sur les individus.

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, la dispensation du traitement, la distribution des produits pour la prévention et les activités promotionnelles de santé.

Agent de Santé Communautaire (ASC)²

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

Cette définition prend en compte les éducateurs de pairs et les conseillers communautaires.

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.

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 (membres de la communauté), des professionnels de tous les secteurs (santé, agriculture, éducation, etc.) et des institutionnels (décideurs, partenaires techniques et financiers, etc.)

Bénévolat

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

Comité de Gestion (COGES) des ESPC

C'est l'organe en charge de la gestion du budget généré par la participation communautaire. Il est mis en place conformément au décret 93-218 du 03 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales et du décret 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de

¹ Manuel ATPC

² OOAS 2016 (Atelier régional sur l'harmonisation du processus de motivation et retention des ASC, Niamey, Niger, octobre 2016)

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, l'activité sanitaire, les réparations et l'action sociale du centre de santé. Il existe un comité de gestion pour chaque centre de santé qu'il soit urbain ou rural.

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.

Communauté

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes communes et ayant des intérêts communs, et qui ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période³.

Conseillers Communautaires (CC)

Le Conseiller communautaire est une personne généralement bénévole, prise au sein de la communauté et formée pour travailler au sein de la communauté en liaison étroite avec le système de soins de santé.

A cause de l'ampleur du VIH et des maladies associées (tuberculose, IST, cancer du col) un grand nombre de CC interagissent sur le terrain conformément aux recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA pour assurer le lien entre les structures de santé et les soins à base communautaire.

En Côte d'Ivoire, l'utilisation des conseillers communautaires au vu des besoins a favorisé l'installation de leurs activités au sein des structures sanitaires communautaires et des ONG.

C'est une personne infectée ou affectée par le VIH qui, prenant conscience de sa situation, décide d'apporter un soutien à ses pairs.

Hygiène

L'OMS définit l'hygiène comme étant les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies. Selon la stratégie nationale de promotion de l'Hygiène, elle est considérée comme « l'ensemble des mesures simples, pratiques, peu coûteuses, acceptables pour les bénéficiaires, réalistes et facilement réalisables par eux et permettant ainsi d'améliorer leur cadre de vie et leur 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 pour un ASC de mettre en œuvre un paquet d'activités qui inclut tous les programmes de santé (exemple : utilisation des ASC qui assurent le Traitement à l'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.

³ OMS 1999. Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 25 p.

Interventions à Base Communautaire (IBC)

Ce sont des dispositions techniques pour réaliser des activités au niveau de la communauté notamment la promotion, la prévention, la prise en charge prenant en compte les soins et soutien (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.

Leader naturel⁴

C'est un membre de la communauté qui se démarque de façon spontanée durant le processus de déclenchement et les étapes de l'après déclenchement dans l'approche ATPC.

Législation/Politiques

Il s'agit 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, le cadre des politiques locales peut être un goulot d'étranglement crucial.

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.

Organisation à Base Communautaire/Association à Base Communautaire (OBC/ABC)

Association qui met en œuvre un paquet de service de santé Promotionnels, préventifs et curatifs ou de réadaptation au niveau périphérique du système de santé. Elle travaille en collaboration avec l'équipe du centre de santé en s'appuyant sur l'accompagnement de l'ECD.

Participation communautaire

Processus par lequel des individus ou des communautés s'approprient la responsabilité de l'amélioration de leur santé, l'identification des besoins, la planification et la mise en œuvre jusqu'au suivi et à l'évaluation des actions qui contribuent à leur bien-être individuel et communautaire.

Praticien de la Médecine Traditionnelle (PMT)

Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et des exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale et/ou animale.

⁴ Manuel ATPC

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.

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.

Relais communautaires

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

Il peut s'agir 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, de membres des Comités Villageois de Développement (CVD) et de Comité de Développement de Quartier (CDQ), 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.

Santé⁵

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

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 priorités⁶. Cette approche de résolution des problèmes de santé basée sur l'offre de services promotionnels, préventifs, curatifs aux communautés qui s'approprient toutes ces actions pour améliorer leur état de santé avec l'encadrement du personnel de santé dans un esprit de partenariat. A travers cette approche les individus agissent collectivement pour obtenir plus d'influence et maîtriser les déterminants de la santé et améliorer la qualité de la vie de leur communauté.

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

⁶ Manciaux, M et Deschamps J-P, la santé de la mère et de l'enfant, Flammarion médecine science 1978 p31

Santé publique

La santé publique⁷ est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé.

Volontariat

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

⁷ OMS, Série de rapports techniques, Comité d'Experts de l'Administration de la Santé Publique, Rapport de la Première session, Genève, 3-7 décembre 1951, N°55, p 6.

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire veut atteindre l'émergence à l'horizon 2020 à travers la mise en œuvre de son ambitieux Plan National de Développement (PND) 2016-2020. Pour y contribuer efficacement, le secteur de la santé s'est doté du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui est arrimé aux orientations stratégiques du PND 2016-2020. Ce document prend en compte les engagements internationaux tels que la Déclaration d'Alma Atta sur les Soins de Santé Primaires de 1978 et la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP) et les Systèmes de Santé en Afrique d'avril 2008. Notre pays, ayant fait des SSP le socle de son système de santé, a développé diverses stratégies pour l'opérationnaliser. L'appropriation et la participation communautaire, reconnues comme gage de pérennisation des acquis, est insuffisamment développé et mal comprise par les acteurs. En effet, dans le souci de renforcer les services offerts au niveau communautaire, plusieurs acteurs mettent en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les populations les plus vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ces actions sont généralement menées sans cadre global de coordination.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, se dote d'un document stratégique de la santé communautaire. Ce document qui se veut un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires, constitue le cadre approprié pour l'organisation, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs. Il obéit à des valeurs fondamentales et des principes qui mettent l'homme au centre de toute action de santé.

Le présent document stratégique de la santé communautaire est le résultat des réflexions concertées de tous les acteurs intervenant dans le domaine. Ce document va contribuer de façon significative à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et services au sein des communautés avec leur pleine participation.

I. CONTEXTE GENERAL DE LA COTE D'IVOIRE

1.1. Contexte géographique et démographique⁸

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale. Elle fait frontière avec le Burkina Faso et le Mali au Nord, le Libéria et la Guinée à l'Ouest, le Ghana à l'Est et est limitée au Sud par le Golfe de Guinée. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km², avec un climat de type tropical humide et des températures généralement élevées dont la moyenne est de 30°C.

La Côte d'Ivoire est couverte par une végétation diversifiée dominée par la forêt guinéenne au Sud et la savane soudano-sahélienne au Nord. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat⁹ (RGPH) de 2014 a dénombré 22 671 331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km² dont 50,2 % vivent en milieu urbain et 49,8 % en milieu rural. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. La population est très jeune puisqu'un ivoirien sur deux a moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans.

1.2. Contexte administratif et politique

Au plan administratif, la Côte d'Ivoire compte deux types d'administrations territoriales :

- **l'administration territoriale déconcentrée¹⁰** avec 02 districts autonomes¹¹ (Abidjan et

⁸ PNDS 2016-2020

⁹ Base de données sur la population, INS/Département de la démographie et des statistiques sociales, 2014

¹⁰ Ordonnance n° 2011-262 du 28 septembre 2011 portant orientation de l'organisation générale de l'administration territoriale de l'Etat

Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 410 sous-préfectures et plus de 8 600 villages ;

- **l'administration territoriale décentralisée** avec 31 conseils régionaux et 197 municipalités¹².

La capitale politique, Yamoussoukro se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

Au plan politique, indépendante depuis le 07 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Le paysage politique ivoirien est constitué de plus de 130 partis politiques. La vitalité démocratique est marquée par l'organisation des élections générales (présidentielle ; référendaire, législatives, régionales, communales).

La Côte d'Ivoire a traversé une série de crises socio-politiques de 1999 à 2011. Depuis 2012, le pays connaît une relative stabilité sociopolitique et s'est lancé le défi d'atteindre l'émergence à l'horizon 2020.

1.3. Contexte socioculturel et environnemental

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gour). Le Français est la langue officielle. La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme. En 2012, les résultats de l'Enquête Démographique et Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012 estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 52 %.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans, estimé à 45 %, est en baisse par rapport à 2008 (46,52 %). Ce taux est de 51,2 % à Abidjan, de 42,9 % dans les autres villes et de 25,6 % en milieu rural. Il varie en fonction du niveau de revenu des individus et du sexe. En effet, le taux d'alphabétisation est de 53,3 % chez les hommes contre 36,3 % chez les femmes.

Le RGPH 2014 a permis de calculer un certain nombre d'indicateurs relatifs aux conditions de vie des ménages à travers la disponibilité de certaines commodités et biens durables dans les ménages. On peut retenir qu'au niveau national, sur 4 171 496 ménages ordinaires recensés :

- 38 % des ménages disposent d'un lieu d'aisance adéquat ;
- 61 % des ménages utilisent une eau de boisson potable ;
- 62 % des ménages disposent de l'électricité ;
- 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 ;
- 3 % des ménages ont une connexion Internet ;
- 44 % des ménages disposent d'au moins un poste téléviseur ;

11 Loi n° 2014-453 du 05 août 2014 portant statut du District Autonome d'Abidjan

Loi n° 2014-454 du 05 août 2014 portant statut du District Autonome de Yamoussoukro

12 Décret N° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire nationale en district et en région

- 45 % des ménages disposent d'au moins un poste radio ;
- 5 % des ménages disposent d'au moins un ordinateur ;
- 2 % des ménages disposent d'au moins un téléphone fixe ;
- 80 % des ménages disposent d'au moins un téléphone mobile.

Le Programme commun OMS/UNICEF¹³ de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement révèle que 82 % de la population nationale a accès à l'eau potable, tandis que 22 % a accès aux installations d'assainissement améliorées. Il existe de fortes disparités entre les zones rurales et les zones urbaines. Au moins 93 % de la population urbaine bénéficient d'un approvisionnement en eau potable, contre 69 % dans les zones rurales. Les disparités en matière d'assainissement en zones urbaine et rurale sont encore plus considérables. Seulement 10 % de la population rurale bénéficie de l'accès à l'assainissement amélioré, contre 33 % de la population urbaine. Au niveau national, 26 % de la population pratiquent la défécation à l'air libre avec une proportion de 51 % de la population rurale et 6 % de la population urbaine. Cette pratique entraîne une entéropathie environnementale et, partant, la diarrhée répétée chez les enfants ; une maladie qui retarde sévèrement la croissance et le développement des enfants.

1.4. Contexte économique

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.).

Plusieurs mesures prises pour renforcer la bonne gouvernance ont permis au pays de mettre en place un cadre macroéconomique sain, solide et de renouer avec la croissance. Le pays se trouve depuis 2012 parmi les dix (10) premiers pays avec le plus fort taux de croissance au monde. En effet, le taux de croissance du PIB qui était négatif en 2011 (- 4 %) a atteint 10,7 % en 2012 ; 9,2 % en 2013 ; 8,5 % en 2014 et 9,5 % en 2015, soit une moyenne estimée à 9,4 % sur la période 2012-2015.

Le taux d'investissement global est passé de 9 % du PIB en 2011 à 16,1 % en 2014 (soit un accroissement de plus de 7 points).

Malgré cette croissance économique à grande vitesse, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, passant de 32,3 % en 1993 à 48,9 % en 2008¹⁴ puis à 46,3 % en 2015¹⁵. En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 %).

La pauvreté touche aussi bien les femmes (47,4 % d'entre elles) que les hommes (45,5 % d'entre eux) même si ces derniers contribuent légèrement plus à cette pauvreté (50,6 % des pauvres sont des hommes).

Le rapport sur le développement humain du PNUD de 2014, indique que 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 0,452¹⁶ en 2013 et classant le pays au rang de 171^{ème} sur 187.

¹³ Joint Monitoring Program OMS/UNICEF 2015

¹⁴ ENV 2008

¹⁵ ENV 2015

¹⁶ Rapport sur le développement humain 2014, PNUD

1.5. Contexte sanitaire¹⁷

1.5.1. Système de santé ivoirien

Le système de santé de la Côte d'Ivoire comprend un secteur public et un secteur privé. A côté de la médecine moderne, la médecine traditionnelle en pleine réorganisation occupe une place relativement importante.

L'organisation structurelle du système de santé de Côte d'Ivoire est sous forme pyramidale. Elle est à trois (3) niveaux avec deux (2) versants.

Le versant « offre de soins » est composé de plus de 2000 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), avec 86 Hôpitaux Généraux (HG) et 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des hôpitaux de deuxième niveau de référence qui comprennent 04 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 09 instituts et structures spécialisés de soins et de diagnostic.

Le versant « gestionnaire ou administratif » est constitué de trois niveaux : (i) le niveau central avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services Centraux, les Programmes de Santé, chargé de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé de 20 Directions Régionales qui ont une mission d'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé de 83 Directions Départementales de la santé ou Districts Sanitaires qui sont chargés de coordonner l'activité sanitaire relevant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Le district sanitaire qui est l'unité opérationnelle du système de santé est chargé de mettre en œuvre la politique nationale de santé prenant en compte les interventions communautaires. Il est lui-même subdivisé en secteurs sanitaires constitués d'aires sanitaires ou bassins de desserte des ESPC. Tous les villages ainsi que les campements rattachés sont couverts par un ESPC.

Les ressources humaines de santé sont de diverses compétences. En 2016, leur effectif était de 29 604 prestataires dont 4 304 Médecins, 376 Chirurgiens-dentistes, 841 Pharmaciens, 11 458 Infirmiers, 5 044 Sages-femmes, 2 885 Techniciens Supérieurs en Santé, 1 949 Aides-Soignants et 2 747 Agents d'Hygiène¹⁸.

Par ailleurs, la densité de personnels de santé (soignant) est de 0,83 pour mille habitants en 2014¹⁹. L'existence d'un système de référence et de contre référence permet d'assurer la continuité des soins entre les différents niveaux.

Le financement de la santé a connu une hausse progressive ces dernières années. En effet, le budget du ministère en charge de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA²⁰ en 2015, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 18 % en 5 ans. Une part importante de ce budget a été dédiée au fonctionnement (80,45 %) au détriment de celui des investissements (19,55 %).

En outre la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est passée de 5,56 % en 2012 à 6,19 % en 2014. Cependant, il demeure encore en deçà de celui fixé lors de la déclaration d'Abuja de juillet 2001 qui est de 15 %.

Selon les Comptes de Santé²¹, les Dépenses Totales de Santé (DTS), en 2013, s'élèvent à 872,7 milliards de FCFA dont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire restent

¹⁷ PNDS 2016-2020

¹⁸ Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé en Côte d'Ivoire 2014-2015

¹⁹ Etude des Préférences des étudiants et satisfaction des personnels des services de santé maternelle, néonatale et infantile dans les zones mal desservies en Côte d'Ivoire. MSHP/OMS 2016

²⁰ DAF/MSHP. NB : Ce Budget n'inclus pas une part importante des contributions extérieures

²¹ Rapport des Comptes de la Santé 2013

les ménages avec une proportion de versement direct de 51,08 % des Dépenses totales de santé. Les Bailleurs bilatéraux et multilatéraux et les Institutions sans but lucratif au service des ménages représentent respectivement 9,99 % et 0,01 % des dépenses totales de santé par sources de financement.

En 2012, il est à noter que 42 % des dépenses du gouvernement étaient consacrées aux soins de santé primaires et représentaient un niveau de 121,38 USD per capita²².

1.5.2. Profil épidémiologique

➤ Morbidité et mortalité chez la mère et l'enfant

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis 2000 pour l'atteinte des OMD. Cette préoccupation a été aussi prise en compte par les Objectifs de Développement Durable (ODD) adoptés lors de l'Assemblée générale de l'ONU en septembre 2015 et entrés en vigueur depuis 1er janvier 2016.

La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale restent élevées et préoccupantes en Côte d'Ivoire.

Le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle, passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 soit une évolution de 13,4 % en 25 ans avec un taux annuel de 0,6 % contre 44 % au niveau mondial²³. Le Rapport de la Mortalité Maternelle 2015 (RMM) estimait le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Sub-saharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes²⁴.

Elle est essentiellement due aux hémorragies, aux dystocies, à l'éclampsie, aux complications des avortements, ainsi qu'aux infections post-partum.

Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et une insuffisance en soins nutritionnels.

Les données montrent un taux de CPN4 qui se situe à 38,4 % en 2015²⁵ contre 34,76 % en 2014²⁶ avec des taux inférieurs à 30 % dans certaines régions sanitaires telles que le Worodougou-Béré, le Haut-Sassandra, et le Kabadougou-Bafing-Folon.

Par ailleurs, le taux d'accouchements assistés²⁷ par un personnel qualifié qui est de 54,65 % reste faible par rapport à l'objectif national de 80 %, et varie selon les régions sanitaires. Ces taux sont de 39 % dans le Boukani-Gontougo, 38 % dans le Gbêkè, 40 % dans le Tonkpi, 42 % dans le Cavally-Guemon et 45 % dans le Haut-sassandra.

En 2012, la prévalence contraceptive moderne était seulement de 18 %²⁸.

En 2011²⁹, les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aiguë chez les enfants étaient respectivement de 27,3 %, 15,7 % et 5,4 %.

²² PHC performance initiative

²³ Rapport sur la Mortalité Maternelle (RMM)

²⁴ Enquête démographique de la santé 2011-2012 / RCI

²⁵ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2015

²⁶ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2014

²⁷ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2015

²⁸ EDS-MICS 2011-2012

²⁹ Enquête SMART 2011

L'état nutritionnel et l'état de santé du nourrisson et du jeune enfant sont indissociables de l'état nutritionnel de la mère. En effet, les problèmes nutritionnels fragilisent la mère et contribuent au faible poids de naissance chez le nouveau-né. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier les groupes à haut risque.

L'incidence nationale de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 10,37 pour mille en 2014 à 12,97 pour mille en 2015³⁰, soit une hausse de 25 %.

En 2012, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 38 %. Les mutilations génitales féminines contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité chez la femme.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité néonatale de 41 ‰³¹ naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 125 ‰³² naissances vivantes. Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (35 %), le paludisme (21 %), la pneumonie (20 %), la diarrhée (15 %), le Sida (6 %), la rougeole (3 %). Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29 %), les infections sévères (23 %), l'asphyxie ou détresse respiratoire (19 %) et le tétanos néonatal (12 %).

Les couvertures vaccinales nationales administratives sur la période de 2011 à 2015 par antigène sont généralement inférieures à l'objectif de 95 % pour tous les antigènes.

Les années 2012 et 2013 ont été marquées par une hausse des couvertures vaccinales de tous les antigènes. Cependant les taux de couverture de tous les antigènes ont connu une baisse à partir de 2013. Les plus remarquables sont ceux du VAA qui ont connu une baisse drastique au cours des deux dernières années (de 82 % en 2013 à 58 % 2014 et 2015)³³.

Chez ces enfants, il est observé une augmentation des incidences des IRA et des maladies diarrhéiques en 2013. Cependant, pour le paludisme et la malnutrition, le tableau s'améliore avec une baisse des incidences de ces pathologies. L'incidence de l'hypotrophie néonatale est en régression par rapport à celle de 2012. En effet, elle est passée de 8,19 % à 8,06 %³⁴.

La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans était de 9,7 % selon l'EDS 2012. Selon l'ONU en 2002, (*Source : observation générale N°15*), 88 % des maladies diarrhéiques sont imputables à la mauvaise qualité de l'eau, à un assainissement suffisant et à une hygiène défectueuse. Aussi ces maladies contribuent à la malnutrition et au cercle vicieux diarrhée-malnutrition.

➤ **VIH/Sida et les IST**

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest et du Centre avec une épidémie à VIH mixte par la présence du VIH1 et du VIH2 de type généralisé dans toute la population et également avec une forte concentration chez les populations clés Professionnel(le)s du Sexe (PS), Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), Utilisateurs de Drogues (UD) et population carcérale et les Populations Hautement Vulnérables (les migrants, les routiers, les Personnes en Uniformes (PU), les clients de PS. A ces populations clés, on ajoute les travailleurs saisonniers, les jeunes filles et jeunes hommes sexuellement actifs travaillant dans le secteur informel, les personnes engagées dans le sexe transactionnel et générationnel, l'abus de la consommation d'alcool associé à des comportements sexuels à risques, et les porteurs d'IST.

³⁰ RASS 2015

³¹ EIS 2005

³² EIS 2005

³³ Plan Pluriannuel (PPAC) 2016-2020

³⁴ République de Côte d'Ivoire, 2014, Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013 et stratégie nationale de promotion de l'hygiène

L'action conjuguée de tous les partenaires de la lutte a permis de contenir cette pandémie et d'inverser son évolution.

Le cadre d'action de la lutte contre le Sida conformément aux recommandations internationales est le suivant: l'accès universel pour tous les PVVIH sur l'étendue du territoire national tout en mettant l'accent sur les actions en faveur des populations clés et populations prioritaires à la prévention, au traitement, aux soins et soutien est durablement assuré en Côte d'Ivoire dans le respect des droits humains pour l'atteinte des objectifs du développement durable afin de mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030. Les stratégies reposent sur les Principes directeurs suivants: l'alignement à l'initiative pour l'élimination du Sida avec l'objectif 90-90-90 d'ici 2020 et 95-95-95 d'ici 2030, le «tester et traiter».

On note une nette régression de la prévalence nationale de l'épidémie au cours des deux dernières décennies qui est passée de 4,7 % en 2005³⁵ à 3,7 % en 2012 dans la population générale chez les 15-49 ans³⁶, plus faible chez les moins de 19 ans (moins de 1 %). Les femmes sont de loin les plus touchées par l'épidémie avec une prévalence de 4,6 % contre 2,7 % chez les hommes. Elle est de 3,1 % en milieu rural et de 4,3 % en milieu urbain. La prévalence est de 11,4 % chez les PS³⁷ et de 18 % chez les HSH³⁸.

Les zones les plus touchées sont Abidjan (5,1 %), Centre Nord (4,4 %), Sud-Ouest (4,3 %) et Centre-Est (4 %). Le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) est estimé à 460 000³⁹ dont 250 000 femmes de plus de 15 ans et 30 000 enfants de 0 à 14 ans.

Le nombre d'OEV est estimé à 476 391⁴⁰.

Le nombre de nouvelles infections par le VIH/Sida tous âges confondus est de 26 000 par an dont 22 000 chez les adultes⁴¹. Cependant, ces nouvelles infections ont chuté entre 2 000 et 2014 de plus de 50 %, selon les estimations 2015 de l'ONUSIDA avec chez les enfants, une baisse constatée de 9 200 à 3 900.

Le VIH/Sida demeure la 1^{ère} cause de mortalité chez l'adulte occasionnant 18 000 à 30 000 décès par an avec une moyenne de 22 000⁴² soit un taux de mortalité d'environ 110 pour 100 000 habitants et la 2^{ème} chez la femme jeune avec 25 000 décès liés au sida.

En plus des soins et traitement antirétroviral, les soins et soutien (cliniques et communautaires) sont l'une des composantes essentielles de la PEC des PIAVIH. Dans le cadre du continuum de soins, les intervenants communautaires participent activement à la PEC des PIAVIH surtout dans la délivrance des activités de soins et soutien et la mobilisation communautaire. Des soins et soutien efficaces nécessitent une approche large et interdisciplinaire incluant la famille et utilisant les ressources communautaires disponibles.

➤ Paludisme

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, ce fléau représente la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. En 2015, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 155,49 ‰⁴³ contre 163,67 ‰ en

³⁵ EIS 2005

³⁶ EDS-MICS 2011-2012

³⁷ Rapport IBBS 2014

³⁸ Rapport SHARM-CI 2012

³⁹ ONUSIDA 2015

⁴⁰ INS 2016

⁴¹ ONUSIDA 2015

⁴² ONUSIDA 2014

⁴³ RASS 2015

2014⁴⁴, la cible du PNDS 2015 étant de 50 ‰. Le paludisme avait une prévalence de 302,61 ‰ en 2013 contre 352 ‰ en 2012 chez les enfants.

➤ Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse et transmissible. Elle a connu une recrudescence avec l'avènement de l'infection à VIH. En 2015, selon OMS, l'incidence était de 103 cas / 100.000 habitants toutes formes confondues. Selon le rapport annuel 2015 du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), 22 879 cas ont été notifiés dont 13 912 (61 %) de formes pulmonaires bactériologiquement confirmés (TPB+). Abidjan enregistre 52 % de l'ensemble des cas dépistés contre 48 % pour le reste du pays. En 2015, sur 22 879 malades tuberculeux, 21 765 (95 %) ont été testés pour le VIH et 5 165 (24 %) étaient positifs pour le VIH. La tranche d'âge la plus concernée est comprise entre 25 et 34 ans avec un sexe ratio de 1,5 homme pour 1 femme. La prédominance masculine est plus accentuée dans la tranche d'âge de 35-44 ans et est plus basse dans la tranche des plus de 65 ans. Les résultats du traitement de la cohorte de 2014 révèlent un taux de succès du traitement des nouveaux cas à frottis positif de 80 %. Le taux de perdu de vue était de 7 % et celui de décès de 8 %. Pour les 5 250 co-infectés TB/VIH de la cohorte 2014 dépistés, 4 360 (83 %) ont été mis sous cotrimoxazole et 4 134 (79 %) sous ARV.

➤ Autres maladies transmissibles

Concernant le choléra, entre 2002 et 2013, la surveillance épidémiologique a notifié 7 776 cas avec 251 décès, soit une létalité élevée de 3,2 %. Des épidémies majeures ont été enregistrées dans la région côtière de Lagunes, avec près de 71,4 % du nombre total des cas. Le pays est touché par des épidémies transfrontalières, en particulier à Abidjan et dans les districts frontaliers du Ghana et du Libéria⁴⁵.

En 2014, le pays a connu plusieurs foyers épidémiques de choléra notamment à Abidjan, Grand-Lahou, Fresco et Divo. En janvier 2015, l'on dénombrait 272 cas dont 12 décès. Les fréquentes pénuries d'eau dans certaines localités tant urbaines que rurales et les difficultés de gestion de l'hygiène environnementale ainsi que la faible adoption du lavage des mains constituent des facteurs de risques⁴⁶.

La grippe a connu une tendance à la hausse de 2014 à 2015 avec le nombre de cas confirmés qui est passé de 165 à 206. Au cours de la même période, l'incidence des IRA et des maladies diarrhéiques a connu une augmentation. L'incidence des IRA était de 202,35 ‰ en 2015 dans la population infanto-juvénile. Celle des maladies diarrhéiques était de 25 ‰ dans la population générale et de 88,86 ‰ dans la population infanto-juvénile.

En 2015, l'on a enregistré 17 cas de méningite confirmés contre 28 en 2014. Aussi, 14 cas de fièvre jaune ont été enregistrés en 2015. L'incidence des IST était de 21,23 % au plan national et en hausse de 43 % par rapport à celle de 2014 (14,85 %).

En ce qui concerne les maladies à éradiquer, la situation générale est à la baisse. Le nombre de cas de lèpre est passé de 910 en 2014 à 891 en 2015. Concernant le tétanos néonatal, 28 cas ont été notifiés en 2015 et aucun cas de Poliovirus Sauvage (PVS) n'a été enregistré. Par ailleurs, l'éradication du ver de guinée en Côte d'Ivoire a été certifiée par l'OMS en Décembre 2013.

⁴⁴ RASS 2014

⁴⁵ UNICEF http://www.unicef.org/cholera/files/UNICEF-Cholera_Factsheet-IvoryCoast-VF.pdf

⁴⁶ Rapport de triangulation UNICEF 2016

➤ **Maladies non transmissibles**

Elles restent dominées par les maladies nutritionnelles (30 % de malnutrition chronique⁴⁷). Elles sont secondées par les maladies métaboliques (diabète⁴⁸ de type 2 qui représente 5,7 % de la population adulte. S'ensuivent les maladies cardiovasculaires avec l'hypertension artérielle en nette progression avec une prévalence de 58,4 % dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans⁴⁹.

Les enquêtes nationales révèlent une forte prévalence des maladies bucco-dentaires, dominées par la carie dentaire (62,4 % chez les enfants de 12 ans, 70,9 % chez les 15 ans et 89 % chez les (35-44 ans). On observe une recrudescence de pathologies lourdes telles que le noma, le Lymphome de Burkitt et les lésions buccales associées au VIH/Sida.

Chaque année, on estime à 15 000, le nombre de nouveaux cas de cancers. Les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux avec une incidence de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 dont 25,2 % de cancers du sein et 23 % de cancers du col de l'utérus⁵⁰. Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100 000) avec une prédominance des cancers de la prostate (31 pour 100 000) et des cancers primitifs du foie (28 %).

➤ **Affections ophtalmologiques**

La cataracte est présente chez 1 % de la population et provoque une cécité curable et totalement réversible. Le glaucome survient chez les sujets beaucoup plus jeunes et provoque la cécité chez de nombreux malades.

La prévalence de la cécité est estimée à 1,5 % de la population générale⁵¹. L'étude de prévalence du trachome en 2015 dans plusieurs districts sanitaires (Bouna, Dabakala, Odienné, Toubia, Boundiali, Ferké, Ouangolo, Tengrela, Séguéla) a révélé une prévalence du trachome folliculaire chez les enfants de 1 à 9 ans comprise entre 3,9 % à Ferké et 24,1 % à Boundiali.

➤ **Tabagisme, accidents de la voie publique, stupéfiants, violences basées sur le genre**

Les changements significatifs dans les modes de vie ont conduit les populations à une propension à la sédentarité, à l'alcoolisme, au tabagisme et à la consommation de stupéfiants de tous genres.

En 2005⁵², la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5 % et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1 % dans la population âgée de 15 à 64 ans.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire fait partie des pays de la sous-région où le nombre d'accidents de la voie publique (AVP) est jugé élevé. La Côte d'Ivoire enregistre en moyenne, par an, 6 000 accidents, 600 tués et plus de 12 000 blessés. Plus de 90 % des accidents sont liés à des facteurs humains comme l'indiscipline, le non-respect du code de la route, la vitesse⁵³.

La mortalité, les handicaps et séquelles consécutifs aux AVP se sont accrus ces dix dernières années. Les violences basées sur le genre sont en nette progression. Les violences tant physiques, sexuelles que psychologiques ont connu une recrudescence avec l'avènement de la crise qu'a connu le pays. Une enquête⁵⁴ menée par le Ministère en charge de la Famille et l'UNFPA en 2007 indique que 59,5 % des personnes enquêtées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques au cours des douze

⁴⁷ EDS 2012

⁴⁸ ZMIROU, Prévalence du diabète, thèse 1979

⁴⁹ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 – Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

⁵⁰ Sources : registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004

⁵¹ plan stratégique 2012-2016 du PNSOLO

⁵² Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005

⁵³ Office de Sécurité Routière, conférence sur la sécurité routière en Afrique, organisée par l'IRF les 11 et 12 mars 2015 à ADDIS ABABA, état de la sécurité routière en Cote d'Ivoire

⁵⁴ Analyse des violences basées sur le genre dans le département d'Abidjan : Résultats de l'enquête quantitative, Ministère de la Femme et des Affaires sociales, janvier 2007

derniers mois contre 10,41 % de violences sexuelles et 89,59 % de violences verbales dans la région d'Abidjan.

En 2012⁵⁵, le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 38 %. Cette pratique se rencontrait en grande partie dans l'Ouest et le Nord du pays.

➤ **Maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées**

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent un véritable problème de santé publique. L'OMS en a défini 17 dont 10 sont présentes en Côte d'Ivoire. Il s'agit notamment de L'ulcère de Buruli, la trypanosomiase humaine africaine, la bilharziose ou schistosomiase, la filariose lymphatique, les géohelminthiases, le pian, la dracunculose, la lèpre, l'onchocercose et la syphilis.

L'ulcère de Buruli est une mycobactériose humaine sévissant sous un mode endémique et qui, non traité, aboutit la plupart du temps à des délabrements cutanés plus ou moins étendus conduisant à des séquelles invalidantes. La maladie touche préférenciellement les enfants d'âge scolaire. L'incidence annuelle qui était de 2 000 cas avant 2010 est passée à moins de 1 000 cas à partir de 2011. En 2015, elle était de 549 cas⁵⁶.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, la bilharziose ou schistosomiase, la filariose lymphatique, les géohelminthiases et le pian persistent encore et nécessitent de ce fait une attention particulière.

En 2016, sur les 82 districts sanitaires, 80 sont endémiques à la schistosomiase, 73 à la filariose lymphatique et tous, sont endémiques aux géohelminthiases. Ces maladies constituent dans 29 districts un problème de santé publique.

La population à risque de schistosomiase et des géohelminthiases est respectivement de 5 632 236 et 5 722 615 enfants d'âge scolaire. Pour ce qui est de la filariose lymphatique, la population à risque est estimée à 19 969 488 personnes. Quant aux 29 districts sanitaires où ces maladies constituent un problème de santé publique, la population à risque est de 1 412 480 enfants d'âge scolaire⁵⁷.

D'autres maladies anciennes sont soit éradiquées (dracunculose), soit éliminées, soit en voie d'élimination ou d'éradication (lèpre) ou en nette régression (onchocercose, syphilis) et doivent rester sous surveillance.

➤ **Mortalité générale**

Les niveaux de mortalité adulte sont relativement élevés aussi bien chez les femmes (6,2 ‰) que chez les hommes (5,3 ‰). Les taux de mortalité adulte sont beaucoup plus élevés chez la femme que chez l'homme. En Côte d'Ivoire, entre 15 et 50 ans, les hommes et les femmes courent un risque de décéder compris entre 1 pour 4 et 1 pour 5⁵⁸.

⁵⁶ REPCI 2006

⁵⁷ PNLSFG, Rapport d'activités 2016

⁵⁸ EDS et MICS 2011-2012

II. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

2.1. Contexte et justification

2.1.1. Fondements de la santé communautaire en Côte d'Ivoire

La conférence d'ALMA ATA en 1978 présente les Soins de Santé Primaires comme la stratégie efficace et efficiente d'offre de soins. L'Initiative de Bamako en 1987 met l'accent sur la participation des communautés à la résolution de leurs problèmes de santé.

La déclaration d'Addis Abéba de novembre 2006 a sanctionné la Conférence internationale conjointe ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale et OMS sur la santé communautaire dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations africaines. Cette déclaration demande aux Etats membres de créer un environnement favorable au développement de la santé communautaire et d'améliorer le financement des programmes de santé communautaire.

La Déclaration de Ouagadougou en 2008, fait de « l'appropriation et de la participation communautaire » un des domaines prioritaires des soins de santé primaires.

La Côte d'Ivoire qui est signataire de ces conventions et initiatives internationales, à l'instar des autres pays africains, a perçu la nécessité de promouvoir la participation communautaire en vue de soutenir durablement la mise en œuvre de l'action sanitaire.

Cette adhésion à ces conventions se traduit par la prise de différents textes réglementaires relatif aux Comités d'Action Sanitaire, le Décret n° 93-216 du 03 Février 1993 portant institution d'une redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics, le Décret n° 93-218 du 03 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales et le Décret n° 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics.

En outre, la loi fondamentale de la République de Côte d'Ivoire, en son article 9, stipule que **toute personne a droit à un accès aux services de santé.**

2.1.2. Liens entre le profil épidémiologique et la santé communautaire

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, 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 réémergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent 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 découlant de la situation décrite ci-dessus sont responsables d'environ 50 à 80 % des décès dans les ménages.

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.

L'Etat ivoirien a alors opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires, à travers la réorganisation de la santé communautaire pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé des populations.

2.2. Expériences de la lutte contre la maladie en santé communautaire

Les interventions de santé communautaire visent à rapprocher les services de santé des communautés bénéficiaires mais surtout les impliquer à la gestion de leurs problèmes de santé. Il s'agit d'une décentralisation des services de santé. Elles permettent d'assurer la continuité des soins de santé fournies dans les formations sanitaires au sein des communautés, tout en privilégiant l'environnement socioculturel.

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

2.2.1. Maladies endemo épidémiques

L'implication des communautés à différents niveaux a permis d'améliorer la lutte contre certaines maladies endemo épidémiques notamment le paludisme et les maladies tropicales négligées.

L'implication des communautés dans la campagne de distribution de masse de MILDA et les activités de sensibilisation à l'utilisation de MILDA dans les ménages ont contribué à l'amélioration des indicateurs notamment le taux de possession en moustiquaires imprégnées qui est passé de 67% en 2012 à 75,1% en 2016 avec un taux d'utilisation qui est passé de 33 % en 2012 à 50,1 % 2016 (EDS 2016).

Les communautés ont participé de manière active à l'amélioration du dépistage de la TB et au succès du traitement anti tuberculeux. La lutte antituberculeuse a été initiée en Côte d'Ivoire par la communauté à travers une ONG dénommée Comité national antituberculeux de Côte d'Ivoire (CNACI) créé en 1957.

De 1960 à 1990, le CNACI a assuré la lutte à travers la construction, l'équipement et le financement du fonctionnement des Centres Anti-Tuberculeux ainsi que la formation des agents de santé, la mobilisation de la communauté au cours de la célébration officielle de la Journée Mondiale de la Tuberculose.

Sur la période 2012-2016, CARITAS-CI avec l'appui du Fonds mondial a permis d'estimer la contribution communautaire au dépistage et au traitement des cas de tuberculose. En 2014 par exemple, selon le Rapport consolidé d'activités 2014 de CARITAS-CI, 2 130 ASC et 220 CC ont contribué à la référence de 2 035 cas soit 12 % ainsi qu'au suivi de 8 584 cas soit 51 % des 16 997 cas de tuberculose notifiés aux autorités nationales.

2.2.2. Expériences de participation multisectorielle

Eradication du ver de guinée et au maintien des pompes d'hydrauliques villageoises

Dans sa volonté de faire face aux maladies liées à l'eau, notamment la maladie du ver de guinée, l'Etat de Côte d'Ivoire a mis en place à partir de 1973, un vaste Programme National d'Hydraulique Humaine avec la création et l'entretien de 1 000 points d'eau modernes confié à la communauté.

En 1993, à la faveur de la mise en place du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement (PNEVG/EA), l'intervention communautaire a été élargie à la surveillance épidémiologique par la recherche de cas de ver de guinée dans les localités endémiques avec la participation des agents de santé villageois.

Ces interventions communautaires ont contribué, aux côtés des techniciens de la santé et de l'hydraulique, à la réduction du nombre de cas jusqu'à l'arrêt de la transmission du ver de guinée. La Côte d'Ivoire est passée de 12 600 cas en 1990 à 0 cas en 2007.

L'arrêt de la transmission a été possible grâce au maintien du fonctionnement de plus de 13 000 pompes d'hydrauliques villageoises, à la distribution de 70 000 tissus-filtres, au traitement de 10 000 points d'eau à l'Abate avec l'aménagement de margelle. La sensibilisation de 43 650 ménages dans plus de 900 localités anciennement endémiques ou à risque du ver de guinée y a également contribué.

Durant la phase de post certification et de post éradication, l'implication des communautés est très importante car c'est elle qui organise la veille épidémiologique en matière de vers de guinée. Les primes (50 000 F et 150 000 FCFA) ont été instituées afin de motiver et de mobiliser les communautés à la recherche et à la détection de nouveaux cas de vers de guinée importés. (Rapport national du PNEVG/EA 2013).

Dans le but d'amplifier la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et surtout pour apporter une réponse intégrée aux problèmes de santé des enfants, le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement à intégrer la promotion des PFE dans ses interventions de promotion de l'assainissement. Ainsi, des techniciens et les membres des comités villageois de suivi de l'approche ATPC ont mené des activités de promotion des PFE à travers des focus groupes et des visites à domiciles.

Encadré 1 : cas de l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)

Dans le cadre de l'atteinte des OMD et du respect des engagements pris lors du SWA, des programmes de développement du secteur Eau, Hygiène et Assainissement ont été implémentés en milieu rural. Dans la mise en œuvre du PADEHA, l'Etat de Côte d'Ivoire a pris des engagements par la signature d'un pacte de durabilité. Le gouvernement s'est engagé à travers 5 ministères techniques respectivement en charge de l'Assainissement, des Infrastructures Economiques, de la Santé et de l'Hygiène Publique, de l'Education Nationale et du Budget, à assurer la durabilité des acquis notamment le changement de comportement et les ouvrages, sur une période de 10 ans.

En vue de mettre fin à la Défécation à l'Air Libre (FDAL), l'Approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) a été introduite en Côte d'Ivoire par un projet pilote en 2009 dans le département de Tiassalé.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire (PHAM) en sa composante Assainissement, quatre (4) Pratiques familiales ont été promues. Il s'agit (i) du lavage des mains avec du savon et de l'eau propre après les selles et avant les repas, (ii) de l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action, (iii) de la consultation prénatale, et (iv) de l'enregistrement des naissances. Le traitement de l'eau à domicile et la Gestion de l'Hygiène menstruelle ont également été retenus comme pratiques à promouvoir.

L'expérience fructueuse de l'approche ATPC qui a permis d'obtenir la fin de la défécation à l'air libre dans 2 400 villages a été utilisée pour la promotion des pratiques familiales essentielles dans lesdits villages. Les partenaires de mise en œuvre du programme, ont été formés sur les différentes thématiques afin de briefer à leur tour les membres des Comités Villageois de Suivi (CVS) à l'aide de guides d'orientation élaborés à cet effet. Les membres des CVS briefés, ont la charge d'amener les communautés à prendre conscience de la nécessité d'adopter ces pratiques, au cours des réunions communautaires et des visites à domicile. L'approche utilisée est différente de la sensibilisation et permet d'amener les communautés cibles à prendre conscience des problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant, d'identifier elles-mêmes les solutions par une

décision communautaire. Dans le cadre du passage à l'échelle, en 2010, l'Approche Assainissement Total Piloté par la Communauté a été mise en œuvre dans 14 départements. Après des résultats satisfaisants (environ 400 villages FDAL), le gouvernement de Côte d'Ivoire, à travers le Ministère en charge de l'Assainissement, avec l'appui de l'UNICEF a pris l'option de faire de l'ATPC la priorité de l'assainissement en milieu rural.

Une étude conduite par le Centre Suisse de Recherche Scientifique, a relevé que la combinaison « Assainissement et Hygiène », notamment le lavage des mains, a un haut impact sur la réduction des affections parasitaires. (Rapport d'étude du CSRS 2013)

Au niveau des Résultats, il a été observé que :

- Plus de 2 400 localités sont parvenues à ce jour à mettre Fin à la Défécation à l'Air Libre
- Plus de 631 000 personnes vivant dans les villages FDAL, pratiquent le lavage des mains
- La phase pilote de ce projet a permis de former 30 agents d'ONG sur les 6 thématiques, 3 465 membres des Comités Villageois de Suivi par les PMO dans 796 localités qui ont été exposées aux messages sur les 4 PFE et les 2 autres thématiques (Rapport PHAM, Août 2016).

2.2.3. Cas particulier de la lutte contre le VIH/SIDA

Le VIH/sida demeure une menace pour la santé publique et une importante cause de décès en Côte d'Ivoire. D'où la nécessité d'étendre la riposte pour atteindre l'objectif visant à éliminer le VIH/sida à l'horizon 2020 -2030. Elle exige la mise en œuvre rapide des interventions de prévention et de prise en charge du VIH.

Un ensemble complet d'interventions de lutte contre le VIH/sida est fourni pour combler les besoins des principales populations. L'implication des prestataires de santé et des intervenants communautaires permet d'améliorer la qualité de vie des PVVIH par une meilleure rétention des patients dans les soins et la réduction du nombre de perdus de vue.

Les interventions communautaires en Côte d'Ivoire sont réalisées sous plusieurs formes en fonction des différents domaines et démontrent les défis auxquels sont confrontés les acteurs malgré quelques avancées. L'implication des conseillers communautaires appartenant aux ASC pairs éducateurs dans le cas de la prise en charge du VIH est un exemple vu dans le projet ICHAP mis en œuvre par ICAP en Côte d'Ivoire.

Encadré 2 : Quel modèle d'ASC pour une plus grande rétention des PVVIH dans le traitement antirétroviral ? Modèle réussi de collaboration ONG et structure gouvernementale (DSC et ICAP-CI)

La stratégie clé pour palier au faible taux de rétention des PVVIH enrôlés et sous traitement antirétroviral dans les structures sanitaires était la mise sur pied d'une équipe de santé élargie aux ASC et impliquée dans les activités communautaires au niveau des ESPC. Sur cette base, ICAP en Côte d'Ivoire a mis en œuvre, en collaboration avec la Direction de la Santé communautaire (DSC), un projet de développement de divers modèles d'agents de santé communautaires (ASC). Ce projet dénommé ICAP Community Health workers' Approach (ICHAP) visait à expérimenter plusieurs modèles d'ASC existant dans le système de santé afin d'identifier le modèle le plus approprié, rentable et durable dans le contexte de la Côte d'Ivoire. Le Projet ICHAP est une étude quasi-expérimentale avec des interventions dans 12 sites répartis dans quatre districts sanitaires (Divo, Fresco, Lakota et Cocody-Bingerville) à raison de 3 sites par district. Trois modèles d'ASC ont fait l'objet de l'étude :

Modèle 1 : ASC de Base : Ce sont des ASC formés pour soutenir les familles sur tous les sujets en particuliers les PFE.

Modèle 2 : ASC-Pair Educateur (ASC-PE) : Ce sont des ASC séropositifs sous traitement ARV, qui travaillent exactement comme les ASC de Base. Mais, lorsqu'un membre de la famille déclare sa séropositivité, l'ASC-PE est qualifié pour soutenir cette personne de façon confidentielle en tant qu'éducateur de pairs.

Modèle 3 : ASC-Coach : c'est un ASC de Base, qui possède plus d'expérience et désigné sur cette base par l'agent de santé pour appuyer une équipe de 9 à 10 ASC de base dans l'aire de santé.

Le projet a enrôlé 102 ASC (en moyenne 9 ASC par site) qui ont été formés et équipés pour mener les activités en communauté. Sur chaque site, 30 ménages ont été recensés par chaque ASC et suivis sur la période du projet de juin à décembre 2014, soit 3 060 ménages au total.

Au cours de cette période de six (06) mois, les ASC ont effectué des visites à domicile (30 000), organisé des causeries de groupes et touché plus de 101 000 individus. Ils ont référé 1 468 femmes enceintes en CPN dont 526 ont achevé la CPN4. Ils ont aussi orienté au centre de santé 1 463 enfants pour pneumonie (350 cas), diarrhées (246 cas) et paludisme (867 cas). Par ailleurs, 94% des femmes enceintes venues pour CPN ou accouchement ont accepté le test de dépistage du VIH et ont été informées de leur statut sérologique. Le nombre de femmes séropositives qui ont accouché dans les sites du projet ICHAP, est passé de 53 dans les six mois précédant l'étude pilote, à 64 au cours de la période de l'étude.

L'évaluation finale du projet a permis de noter que, outre le modèle ASC-Coach, les deux autres modèles, dans leur fonctionnement, ont identifié en leur sein un leader qui a fait office de coach. L'évaluation a conclu que le modèle d'ASC efficace est celui de « ASC-Coach »

Les résultats de la mise en œuvre du projet ont contribué à l'élaboration du cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire, du guide national de formation des ASC et l'harmonisation des outils de suivi évaluation des activités communautaires.

2.2.4. Au niveau de la Santé maternelle et Infantile

Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Quarante-quatre (44) groupes de soutien à l'allaitement maternel exclusif sont promus par l'UNICEF à travers un projet intitulé « Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) » via un partenariat avec l'ONG IBFAN-CI. Cette intervention basée sur les groupes de soutien repose sur la théorie de la déviance positive. Sept cent trente-huit (738) mères allaitantes issues des OBC des huit communes d'Abidjan et qui sont de bons exemples en matière d'allaitement exclusif sont formées pour aider les jeunes mères à réussir l'allaitement et l'alimentation adéquate de leurs enfants. Elles sont formées à la gestion de la lactation, la technique de mise au sein, la résolution des problèmes liés à l'allaitement et aux notions de base en alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi qu'aux méthodes de sensibilisation des pairs.

Dans le district sanitaire de Bouna (Région sanitaire du Bounkani-Gontougo), l'ONG Caritas Bouna avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, a conduit un projet d'appui aux activités de nutrition communautaire et de surveillance nutritionnelle dans 50 villages de 2014 à 2016. Ce projet a permis de faire le suivi de 9 932 enfants de 0 à 5 ans dont 201 malnutris modérés guéris sur 203 cas dépistés grâce aux mesures hygiénodietétiques développées par les ASC. Cent cinq (105) malnutris sévères dépistés ont été orientés par les agents de santé communautaires au centre de santé où ils ont été pris en charge.

Encadré 3 : Participation communautaire à la déclaration des naissances

Une initiative pour améliorer la déclaration des naissances dans le cadre de la consolidation de la paix a été mise en œuvre depuis février 2016 dans le District Sanitaire de Minignan au Nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Après partage avec le personnel sanitaire et les ASC, qui ont adhéré, le projet a obtenu le soutien et l'implication des autorités administratives (Préfet, Sous-Préfet et Maire).

Cette intervention se décline en plusieurs étapes :

- **La sensibilisation est faite par l'ASC et le relais communautaire en communauté pour que les femmes enceintes réalisent leurs différentes CPN au Centre de Santé.**
- **Lors des CPN, une sensibilisation est faite aux futurs parents sur le dossier de déclaration de naissance, le lieu de l'accouchement, le transport de la gestante, la personne chargée de l'accompagner, les ressources nécessaires à la prise en charge d'une éventuelle complication et l'achat du timbre pour la déclaration du Nouveau-Né (NNE) à l'état civil.**
- **Après l'accouchement, le conjoint préalablement sensibilisé est invité à aller déclarer son nouveau-né, mais aussi le counseling est fait en vue du dépistage du VIH et en cas d'acceptation, le test est réalisé.**
- **L'extrait de naissance est ainsi disponible dans les 72 heures après la naissance.**

Les résultats actuels de ce projet montrent que tous les enfants nés à la maternité du CSU de Kaniasso depuis le démarrage de l'intervention ont été déclarés à l'état civil et disposent d'un extrait de naissance.

Ce projet intègre plusieurs interventions notamment la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre le VIH et l'enregistrement des naissances. Cela a été possible grâce à la forte participation des collectivités locales et des communautés à travers les agents de santé communautaires, mais surtout, à la collaboration avec les agents de santé.

Expérience de l'iCCM (Integrated Community Case Management)

C'est un ensemble de services et actions préventifs, curatifs et promotionnels ayant une efficacité scientifiquement prouvée, socialement acceptables, accessibles géographiquement et financièrement, mis en œuvre avec la communauté pour réduire la morbidité et la mortalité au niveau des ménages, des familles et surtout des enfants de moins de 5 ans.

Cet ensemble comprend : (i) la prise en charge du paludisme chez les enfants de 2 mois à 59 mois par les CTA après un résultat positif de Test de Diagnostic Rapide (TDR), (ii) la prise en charge de la diarrhée par le SRO/Zinc, (iii) la prise en charge des IRA/Pneumonies par l'amoxicilline ou la tisane de miel au citron.

Ce paquet peut être complet (Paludisme + Diarrhée + Pneumonie) ou minimum (Paludisme + Diarrhée).

Au cours de la mise en œuvre de cette approche, 3 612 agents de santé communautaires formés en 2016 mènent des activités dans 51 districts sanitaires. Grâce à ce réseau d'ASC dans les 51 districts sanitaires, environ 1 027 000 enfants de moins de cinq ans vivant dans des zones défavorisées et éloignées ont accès à des services intégrés de prise en charge des principales maladies de l'enfant.

Projet de mobilisation et d'engagement des communautés confessionnelles en faveur des Pratiques Familiales Essentielles

Le PNSME et l'Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres Pandémies (ARSIP) mettent en œuvre depuis 2014 un projet de mobilisation et d'engagement des communautés confessionnelles en faveur des Pratiques Familiales Essentielles dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

La promotion des PFE dans les zones défavorisées (quartiers précaires, zones péri-urbaines) depuis 2014 a permis de toucher 3 448 ménages sur 29 593 de 02 quartiers précaires, d'identifier 5 570 enfants de 0 à 5 dans les ménages couverts ainsi que 1 479 mères concernées par l'Allaitement maternel exclusif. (AME).

Suite à cette phase, en 2016, l'initiative est en train d'être mise à l'échelle dans 13 autres districts sanitaires. Dans la région du Tonpki, 288 ASC formés, équipés et suivis régulièrement par les agents de Santé avec l'appui technique et financier de l'IRC ont mené des actions de renforcement des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire avec l'aide des COGES. Cette initiative a permis à 28 150 femmes enceintes de bénéficier d'au moins une consultation prénatale sur 26 000 femmes enceintes attendues soit une proportion de 108 %.

Il ressort de ces interventions que l'implication des leaders religieux permet d'amplifier l'information sur les pratiques familiales essentielles. Aussi, l'implication des hommes dans la promotion des PFE facilite l'accès aux ménages et l'adoption des PFE.

2.2.6. CAS de l'Eradication de la poliomyélite

La Côte d'Ivoire, après l'adhésion à l'Initiative Mondiale pour l'éradication de la Poliomyélite (IMEP) en 1997, a renforcé ses activités de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi des activités de vaccinations supplémentaires ont été menées en plus des activités de vaccination de routine. Ces interventions avaient pour but d'interrompre la circulation du Poliovirus sauvage. Un système de surveillance des paralysies flasques aiguës a été mis en place depuis 1997 et a associé la communauté à toutes les étapes de la surveillance notamment la notification et l'investigation des cas.

Cette surveillance s'est faite par les ASC au niveau communautaire. Ces ASC, une fois formés sur la définition communautaire des cas de paralysies flasques aiguës, ont notifié et rapporté les cas à l'IDE. Les praticiens de la Médecine Traditionnelle ont été sensibilisés à l'identification de tout cas de paralysie et à les rapporter à l'IDE. L'implication de ces acteurs communautaires a permis d'accroître le nombre de cas de PFA notifiés qui est passé de 11 cas en 1997 à 4 578 cas cumulés en 2014. Parmi ces cas de PFA notifiés, 114 cas de poliovirus sauvage ont été confirmés.

En ce qui concerne les activités de vaccination supplémentaire (AVS), les ASC ont participé régulièrement aux Journées Nationales de Vaccination (JNV). Depuis leur lancement en 1997, il a été conduit 45 passages de journées nationales de vaccination, un passage de journées locales de vaccination et de ratissages. L'implication des ASC et des praticiens de la médecine traditionnelle a porté sur la mobilisation des communautés et l'administration de vaccin. Par campagne nationale de vaccination, ce sont en moyenne 27 506 volontaires pour l'administration du vaccin Polio, 13 753 pour l'administration de Vit A et de déparasitant, 1 600 mobilisateurs de proximité et 1 600 Crieurs publics et Griots qui sont mobilisés par le PEV et ses partenaires. Cette action a permis d'obtenir des taux de couverture globale au-delà de 95 %. Tous ces efforts consentis ont abouti à l'interruption de la transmission de la poliomyélite et à la certification de l'éradication en octobre 2015.

III. DETERMINANTS DE LA SANTE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ET DEFIS

3.1. Déterminants de la santé en milieu communautaire

Le taux de morbidité (ou la morbidité) est la proportion de la population malade par rapport à la population totale sur une période de référence (Selon l'ENV 2015). L'apparition d'état morbide ou de situations diverses au sein des ménages est déterminée par un certain nombre de facteurs qui sont :

les facteurs environnementaux

Le manque d'hygiène du milieu de vie et l'insuffisance d'assainissement exposent les populations à plusieurs maladies. Aussi l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable et la précarité des habitats favorisent l'apparition d'état morbide. Pour l'ensemble du pays, les ménages pauvres ont plus recours au puits (21,2 %), à la pompe villageoise (27,8 %) et à un degré moindre à l'eau de robinet dans la cour (13 %) ou à l'eau de surface (11,4 %). Ils évacuent les eaux usées principalement dans la nature en milieu rural (65,3 % des ménages pauvres) mais dans les fosses septiques à Abidjan (48,4 %) et dans les autres villes (46,4 %). S'agissant des ordures, elles sont jetées dans une décharge informelle en milieu rural (66 % des ménages pauvres le font) et aussi dans les autres villes (54,5 %) tandis qu'à Abidjan elles sont ramassées. Comme lieu d'aisance, les ménages pauvres utilisent la nature en milieu rural (43,3 % et 20,1 % ont un WC à l'extérieur du logement) alors que dans les autres villes, ces ménages font usage de latrine dans la cour (40,5 %) et de WC hors de la cour (25 %).

les facteurs socioculturels

Le faible niveau d'instruction de la population favorise l'ignorance des causes, du mode de transmission et de prévention des maladies. Des croyances et pratiques ancestrales peuvent justifier le refus des populations à changer leur mode de vie. Le taux d'alphabétisation est de 45,0 %. Ce taux est de 51,2 % à Abidjan, de 42,9 % dans les autres villes et de 25,6 % en milieu rural. Il varie en fonction du sexe et du niveau de revenu des individus.

les facteurs économiques

Le faible revenu limite la fréquentation des centres de santé. Pour les personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, le coût reste le principal obstacle à la consultation (46,9 % dont 56,2 % chez les malades pauvres et 39,9 % chez les malades non pauvres). La faible couverture du risque financier lié à la maladie et la précarité de l'emploi sont des raisons de la faible fréquentation des centres. D'une manière générale, très peu de personnes bénéficient d'une prise en charge des dépenses de santé (que cette prise en charge soit totale ou partielle). En effet, seulement 10,7 % des personnes bénéficient d'une prise en charge et elle provient essentiellement des parents (57,3 %) et à un degré moindre des assurances (32,8 %). Il faut, par ailleurs, noter que c'est seulement 0,9 % de la population qui bénéficie d'une couverture maladie et le taux de couverture de cette assurance est de 70 % pour 37,5 % des assurés ou de 80 % pour 36,6 % des assurés.

les facteurs liés au système de santé et d'équité

Les difficultés d'accès aux services de santé peuvent justifier la faible fréquentation des services de santé. Pour 21 % des ménages, il n'existe pas d'infrastructures sanitaires de premier contact dans leur lieu de résidence. Cette proportion est de 44 % pour l'hôpital général. Ainsi, pour accéder à un Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC), les ménages y vont à pieds principalement (48,8 %) et accessoirement en transport en commun (11 %) ou à mobylette (7,7 %). Par contre, pour aller dans un hôpital général, ils y vont rarement à pied (12,5 %), emprunte plutôt le transport en commun (24,9 % dont 28 % chez les non pauvres et 18,4 % chez les pauvres). L'insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté pourrait favoriser l'apparition d'état morbide. Le renforcement des liens entre les structures de santé, les structures sociales et la communauté pourrait être déterminant pour la santé des ménages.

3.2. Défis

La santé communautaire en Côte d'Ivoire est confrontée à plusieurs défis. Il s'agit de :

Défi n°1 : Equité dans l'accès aux interventions de santé communautaire

L'équité est basée sur les notions de réduction des disparités et de justice sociale. Elle s'appuie sur l'approche de programmation basée sur les droits et permet de donner aux groupes vulnérables ou victimes d'exclusion sociale la possibilité d'être mieux respectés, de jouer un rôle plus actif, de revendiquer leurs droits, de contester les institutions oppressives et de rééquilibrer les rapports de force et de pouvoir. Elle induit d'une part l'accès équitable à tous quels que soient le lieu, l'ethnie, 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 santé⁵⁹. L'on note en Côte d'Ivoire que les iniquités concernent essentiellement la disponibilité des soins et l'accessibilité géographique. 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 deça⁶⁰ du ratio ressources humaines par district/région sanitaire.

Défi n°2 : Intégration effective de la santé communautaire dans le système de santé publique

La Côte d'Ivoire en ratifiant les différentes conventions et initiatives internationales se doit de promouvoir la participation communautaire en vue de soutenir durablement la mise en œuvre de l'action sanitaire. Force est de constater qu'il n'y a pas eu de réforme du niveau institutionnel qui formalise les interventions des agents de santé communautaires. Cela se concrétise sous plusieurs aspects : l'absence d'un cadre réglementaire et législatif, le non définition du statut des agents de santé communautaires, l'insuffisance de supervision de suivi et d'évaluation des interventions.

Un cadre réglementaire doit être défini, avec une révision du statut et des tâches des acteurs de santé communautaire. Cela pour assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation des acteurs.

Défi n°3 : Harmonisation des paquets de services et de formation des acteurs de la santé communautaire

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation. Cependant, il existe des modules de formation harmonisés couvrant tous les domaines de la santé et destinés aux acteurs communautaires de santé. La formation des agents de santé communautaire n'est pas standardisée.

En termes d'intervention, les paquets d'intervention des ASC ne sont pas suffisamment standardisés et homologués. Dans le PMA, les activités des ASC sont des tâches à eux déléguées par les infirmiers et sages-femmes.

Les paquets d'intervention des ASC varient selon le partenaire technique et financier intervenant selon son mandat et ses prérogatives. La définition d'un paquet minimum d'activités standardisé et homologué pour les ASC est indispensable au renforcement de la qualité de leurs prestations.

⁵⁹ Rapport étude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé, obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans

⁶⁰ ONU, Rapport de l'Observatoire générale N°15, 2002

Défi n°4 : Motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

La pérennisation des activités dans le domaine communautaire nécessite l'existence d'un mécanisme de motivation des différents acteurs.

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 fidélisation des ressources humaines. Il a été noté une absence ou faiblesse de la motivation financière des acteurs communautaires de santé. La motivation non-financière comme la reconnaissance, la formation continue, l'équipement, la supervision par les personnels qualifiés, est également faible et peu systématisée.

Un cadre harmonisé de motivation permettrait de pérenniser les activités dans le domaine de la santé communautaire.

Défi n°5 : Synergie des interventions communautaires des services sociaux de base au niveau local

Les interventions communautaires ne sont pas suffisamment prises en compte dans les plans et cadres d'action des services sociaux de base (éducation, protection, santé, eau, hygiène et assainissement).

Il existe des cadres de collaboration entre les services sociaux de base (ex : cadre préfectoral, régional et district), mais ils ne permettent pas suffisamment de capitaliser les avantages comparatifs pour tirer les meilleurs avantages des interventions communautaires.

Pourtant, une multiplicité d'acteurs intervient de façon disparate, entraînant une réplication des activités sur la même cible (eau et assainissement, VIH,...). La synergie peut permettre d'utiliser de manière efficace et efficiente les ressources disponibles. La mise en place d'une cartographie des acteurs et des actions en santé communautaire est une phase préalable à une bonne coordination.

Défi n°6 : Approvisionnement des ASC en médicaments et produits essentiels

Les agents de santé communautaires dans le système de santé sont confrontés à différents problèmes notamment, les ruptures de stocks en médicaments et intrants au niveau du centre de santé, le manque de légitimité auprès du personnel de santé pour avoir accès au stock disponible et l'insuffisance de formation en gestion de stock.

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

Défi n°7 : Renforcement du management au niveau de la santé communautaire.

L'analyse situationnelle de la santé communautaire révèle la persistance de « *problèmes organisationnels et managerials* ».

La mise en cohérence de l'activité de santé communautaire présente plusieurs variables :

- multiplicité d'acteurs (programmes nationaux, directions, partenaires techniques et financiers, agences d'exécution, communautés) et de programmes menés au niveau communautaire avec une coordination et une harmonisation limitées des activités et des financements et un manque de partage d'expériences et d'informations ;

- fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des fonctions (ASC, relais) organisés autour d'une multitude de structures (aires de santé, organisations communautaire de base) ;
- manque de supervision intégrée et d'outils harmonisés ;
- insuffisance des systèmes d'information, de gestion de la santé communautaire et de suivi-évaluation ;
- fonctionnalité limitée de certaines instances (comités de santé, comités de gestion, comité d'action sanitaire, etc.).

Les interventions en santé communautaire seront soutenues par un leadership fort, un management approprié et une bonne gouvernance à tous les niveaux. Les rôles et responsabilités des différents acteurs à tous les niveaux ainsi que leurs relations seront mieux définis. Par ailleurs, le système d'information et de surveillance épidémiologique à base communautaire intégré au SNIS sera renforcé. L'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en particulier pour les échanges d'expériences et de meilleures pratiques de développement communautaire, apportera un soutien significatif aux acteurs concernés et contribuera à améliorer leurs performances.

Défi n°8 : Implication des collectivités locales

Dans le cadre du renforcement de la décentralisation et du transfert des domaines de compétences devant l'accompagner, il convient de préciser, de renforcer et d'accompagner les collectivités locales pour qu'elles jouent leur rôle dans la coordination, le financement et le suivi de la santé communautaire. Ainsi, leurs responsabilités exactes en termes de capacités techniques de gestion de la santé communautaire, leurs liens avec les districts et les régions sanitaires méritent d'être clarifiés.

Défi n°9 : Mobilisation, participation et engagement communautaire

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.

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'extérieure pour satisfaire les besoins exprimés.

IV. VISION, VALEURS ET PRINCIPES

4.1. Vision

La vision stratégique du développement sanitaire en Côte d'Ivoire est « **Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020** ».

En matière de santé communautaire, cette vision se traduit par :

« Une Côte d'Ivoire où les communautés responsables, impliquées, engagées et parfaitement intégrées au système de santé contribuent à la demande et à l'offre de soins de santé de base accessibles à tous dans un partenariat entre elles, les services sociaux de base et l'administration locale ».

4.2. Valeurs

Cette vision est soutenue par les valeurs suivantes :

- **Équité** : 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 cherche 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.
- **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 et les 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 les 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. Les communautés s'engagent à contribuer humainement et financièrement aux activités de santé communautaire.
- **Universalité** : l'universalité dans le domaine de la santé communautaire réside dans le fait que les activités communautaires réalisées doivent être celles déjà menées partout dans le monde. Elle garantit à tous, l'accès aux services sociaux de base comprenant les écoles, les centres de santé, centres de protection de la petite enfance, centres sociaux.

4.3. Principes

La vision est guidée par les principes suivants :

- **Un leadership** local fort ;
- **Une meilleure gouvernance** locale du secteur sanitaire ;
- **Des prestations de santé de qualité optimale**, intégrées, continues et rationnelles centrées sur la personne ;
- **Le respect des engagements** internationaux ;
- **Le genre** : le genre, en plus des différences biologiques entre les femmes et les hommes prend en compte les différences sociales, psychologiques, mentales, économiques, démographiques, politiques, etc. ;
- **La participation communautaire** : La communauté est engagée à prendre une part active au bon déroulement et à la pérennité des interventions de santé menées pour le bien-être de ses membres à travers une implication sociale, technique et financière ;

- **L'appropriation** : Convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté 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 est la traduction pratique de la décentralisation car elle 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 ;
- **L'intersectorialité** : 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.

V. BUT ET OBJECTIFS

5.1. But

Le Document Stratégique de Santé Communautaire en Côte d'Ivoire vise à mettre en place un cadre d'intervention consensuel, fédérateur de l'ensemble des directions du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des autres départements ministériels, des programmes nationaux, des collectivités locales, des partenaires techniques et financiers, de la société civile, et des communautés autour d'orientations en matière de santé communautaire dans un contexte de progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle.

5.2. Objectifs

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations vivant en Côte d'Ivoire à travers des communautés engagées et responsables.

Objectifs spécifiques

- Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ;
- Améliorer la couverture et la qualité des services de santé communautaire ;
- Renforcer la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé ;
- Assurer la pérennisation des interventions communautaires.

Résultats attendus

- Le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire est renforcé ;
- La couverture et la qualité des services de santé communautaire sont améliorées ;
- La participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé des communautés est renforcée ;
- Les interventions communautaires sont conduites par les communautés de façon pérenne.

VI. STRATEGIES DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

6.1. Axes stratégiques

Pour atteindre les résultats que la Côte d'Ivoire s'est fixée en vue de relever les défis auxquels la santé communautaire est confrontée, cinq (05) principaux axes stratégiques seront développés. Ce sont :

Axe 1 : Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ;

Axe 2 : Le renforcement de la participation et de l'engagement des communautés et des collectivités locales ;

Axe 3 : L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ;

Axe 4 : Le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire ;

Axe 5 : Le renforcement du financement de la santé communautaire.

6.2. Actions / Interventions stratégiques

Axe 1 : Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire.

1.1. Création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire :

Il s'agit de mettre en place un cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre. Il faut renforcer l'implication communautaire dans la gestion des ESCOM conformément aux textes qui les régissent. Egalement définir le statut des ASC qui précisera le modèle, le paquet minimum d'activités et le mécanisme de motivation. Le ministère de la santé et de l'hygiène Publique à travers la DSC veillera à l'application effective des textes réglementaires par les intervenants et favorisera la participation des communautés. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique mettra en place et renforcera les organes de gestion du cadre institutionnel de mise en œuvre (Comité national de coordination et les comités décentralisés).

1.2. Renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé.

L'intégration du niveau communautaire au système de santé est un facteur essentiel de succès. Cela suppose la formalisation de la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié. Il s'agit aussi d'introduire de nouvelles technologies pour améliorer le système d'information et d'élaborer des outils de collecte de données.

1.3. Harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire

Elle vise à garantir une offre de service de qualité sur toute l'étendue du territoire national. Dans le système sanitaire, les agents de santé communautaire sont composés d'hommes et de femmes qui sont choisis par leur communauté et qui acceptent de consacrer une partie de leur temps aux activités de développement sanitaire de leur localité. Il y a actuellement plusieurs types d'acteurs. Le modèle retenu est l'ASC coach dont le paquet minimum d'activités prend en compte les volets promotionnels, préventifs et curatifs.

1.4. Elaboration d'un curriculum de formation des ASC

Le MSHP en collaboration avec les ministères techniques et les PTF, élaborera un plan de formation national sur la base de supports consensuels adaptés. Le plan précisera la durée, le lieu de la formation et les formateurs. La formation prendra en compte les concepts techniques dans les

domaines cibles, la gestion de la santé communautaire, l'enregistrement des données et si possible le recours aux technologies de communication. Le suivi de la qualité du plan de formation sera assuré par la Direction de la Santé Communautaire.

1.5. Définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

La motivation des agents de santé communautaires relève en principe de la responsabilité de la communauté. Cependant le MSHP, les PTF et les collectivités locales, sous diverses formes doivent contribuer à cette motivation pour reconnaître et valoriser les ASC.

Axe 2 : Le renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales

2.1. Renforcement du partenariat entre les parties prenantes :

Il s'agira de la mise en place d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. Il faut aussi favoriser la responsabilisation et l'appropriation de la santé communautaire par les collectivités locales. La santé communautaire faisant partie des prérogatives des collectivités locales, celles-ci seront appuyées afin de mieux intégrer la santé communautaire lors de l'élaboration de leurs plans de développement. Elles seront invitées à collaborer avec les régions et districts sanitaires, les autres services sociaux de base, les ONG, les PTF et les communautés.

2.2. Développement et mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée :

Il faudra aider la communauté à prendre une part active à toutes les phases de mise en œuvre d'une intervention. La communauté participera au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation. Cette approche pourra se faire par le renforcement des instances de gestion communautaires que sont les comités de santé et les comités de gestion.

Axe 3 : L'amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires

3.1. Élaboration et application des normes nationales d'utilisation des ASC :

Il s'agira de réviser des normes nationales d'utilisation des ASC et de veiller à l'application de ces normes en vue de contribuer à l'amélioration de la couverture des interventions communautaires.

3.2. Renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires :

Il s'agira d'assurer la formation/recyclage sur la prise en charge, la gestion, la communication et le rapportage. Il faudra également les doter en matériels tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion.

Un plan de renforcement des capacités des ASC sera également élaboré à l'issue des supervisions et exécuté par les médecins, les infirmiers(ères) et les sages-femmes/maïeuticiens.

3.3. Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants

La fourniture de médicaments et intrants aux ASC doit être encadrée par une réglementation en vigueur.

Il convient d'assurer la disponibilité des médicaments grâce à une dotation initiale conformément à la liste validée. Le responsable du centre de santé commande les médicaments et intrants à la pharmacie du district sanitaire. Il est le garant de la bonne dispensation des médicaments et de la

bonne utilisation des intrants. Un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC sera élaboré.

Axe 4 : Le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire

4.1. Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS

Les données communautaires seront intégrées dans le SNIS. Cela se fera par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires. Les outils de collectes de données prendront en compte les indicateurs communautaires nationaux définis dans le dictionnaire des indicateurs de santé.

4.2. Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire

Le MSHP signera des conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche pour promouvoir la recherche opérationnelle en santé communautaire.

L'utilisation des résultats de recherche à travers l'exécution conjointe de projet de recherche pourra améliorer la qualité et la pérenité des interventions communautaires.

4.3. Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire

Le partage des bonnes pratiques a pour objectif d'uniformiser et de standardiser les interventions en santé communautaire. Il se fera à travers le réseautage, l'organisation de rencontres, de réunions et de visites d'échanges.

4.4. Renforcement du suivi et évaluation des activités communautaires

Ce renforcement sera assuré à travers la supervision des ASC menée à l'aide du guide de supervision qui sera élaboré, le coaching des acteurs de la santé communautaire et le monitoring de leurs activités. Un plan de suivi et évaluation des activités communautaires définissant la périodicité des actions sus mentionnées sera élaboré.

Axe 5 : Le renforcement du financement de la santé communautaire

5.1. Renforcement des mécanismes de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire :

Le MSHP sollicitera une augmentation du budget alloué à la santé par l'Etat. La DSC fera un plaidoyer auprès du Cabinet ou de la DAF du MSHP pour une meilleure réallocation de la part du budget alloué à la santé, en faveur des soins de santé primaires.

En outre, la DSC plaidera auprès des PTF et des collectivités pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financement.

Par ailleurs, des actions seront entreprises en vue de l'accroissement de la contribution de la communauté à la mobilisation des ressources financières. Enfin, un plan de mobilisation des ressources précisant les contributions aussi bien de l'Etat, des PTF, du secteur privé que de la communauté sera élaboré.

Un dialogue politique sera entrepris avec l'ensemble des acteurs. L'extension du financement basé sur la performance au niveau communautaire pourrait être envisagée afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des interventions.

La DSC finalisera le document de plaidoyer et son utilisation effective en vue de mobiliser les ressources suffisantes et adéquates pour la mise en œuvre des interventions communautaires.

5.2. Mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources mobilisées.

Les ressources mobilisées devront être gérées à travers un mécanisme transparent impliquant toutes les parties prenantes.

5.3. Définition d'un mode de répartition des ressources

Il s'agira d'établir les différentes modalités d'affectation des ressources mobilisées pour le financement de la mise en œuvre des interventions, de la motivation des ASC, de la coordination et du suivi-évaluation.

VII. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire s'appuie sur des structures compétentes et prend en compte l'aspect multisectoriel. Il met en place les organes nécessaires au développement de la santé communautaire.

7.1. Niveau National

7.1.1 Comité National de Coordination de la Mise en œuvre

Le Comité National de Coordination de la Santé Communautaire est un cadre mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) sous l'égide de la Primature. Il a pour principale mission d'assurer la prise en compte du volet communautaire dans toutes les réformes du système de santé, de mobiliser les fonds pour le développement de la santé communautaire et de coordonner la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire.

Afin de développer une approche multisectorielle utile à la santé communautaire, ce comité regroupe les représentants du MSHP, les partenaires techniques et financiers, les partenaires de mise en œuvre, la société civile, ainsi que tous les autres ministères et institutions concernés par la santé communautaire.

7.1.2 Direction de la Santé Communautaire

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction de la Santé Communautaire (DSC) assure la planification, la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions notamment l'élaboration de documents relatifs à la santé communautaire, des plans stratégiques et plans d'action annuels. Elle travaille en étroite collaboration avec les programmes et projets de santé pour les aspects techniques sous l'égide de la Direction Générale de la Santé.

La DSC s'appuie sur les services déconcentrés du MSHP que sont les Directions régionales et départementales de la santé pour l'opérationnalisation de la santé communautaire.

7.2 Niveau Régional

La direction régionale de la santé 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'équipe régionale de la santé 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 en son sein un point focal dont la mission principale est la coordination des actions de santé communautaire.

7.3 Niveau District

7.3.1 Bureau du district sanitaire

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 Équipe Cadre de District (ECD) élargie aux autres services sociaux de base et aux différentes Organisations de la société civile. Le Bureau du District sanitaire désigne un point focal chargé de la coordination des actions de santé communautaire.

7.3.2 Niveau de l'aire de l'ESPC

L'ESPC est géré par un Comité de Gestion (COGES) comprenant des membres de la communauté desservie. Il offre les services et activités de santé du PMA de son niveau.

La coordination de la santé communautaire au niveau de 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.

7.4 Niveau Communautaire

La pleine participation et l'engagement des communautés sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. Par ailleurs, la participation des usagers, peut également contribuer à l'amélioration de la qualité des services sanitaires. 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) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ). Ces CVD et CDQ comprendront tous les ASC et autres relais d'une localité en un seul comité de développement en vue d'une réponse intégrée au problème de santé. Un encadrement sera apporté à la communauté pour une participation active à toutes les phases de mise en œuvre d'une intervention. La communauté participera au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation.

La coordination des activités de santé communautaire est assurée par le Comité Villageois de Développement (CVD) ou le Comité de Développement de Quartier (CDQ).

Le CVD ou le CDQ 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.

VIII. SUIVI/EVALUATION

Le Plan stratégique de la Santé Communautaire est opérationnalisé à travers des plans annuels opérationnels. A ces différents plans, sont arrimés des plans de suivi/évaluation. Le plan stratégique est évalué à mi-parcours et en fin de période tandis que les plans annuels opérationnels font l'objet de revues semestrielles et annuelles.

Le SNIS constitue la base de données de l'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du document stratégique de la santé communautaire.

Un plan de suivi-évaluation du plan stratégique de la santé communautaire sera élaboré en cohérence avec celui du PNDS 2016-2020.

IX. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

L'État continuera à accorder une priorité au développement des actions sociales et particulièrement à l'amélioration de la santé des populations. Ainsi, il mobilisera toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures afin de pouvoir atteindre les objectifs que le plan stratégique s'est assignés.

CONCLUSION

Dans un contexte d'accès universel aux soins et services de santé de qualité, le Gouvernement ivoirien à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, met tout en oeuvre pour garantir à tous, un bon état de santé, quel que soit le lieu de résidence et le niveau de revenu. Les principales stratégies et les interventions sont orientées d'une part, vers le prolongement du système de santé dans la communauté en impliquant toutes les parties prenantes dans la lutte contre les maladies, la réduction de la mortalité maternelle et infantile et d'autre part, à travers le renforcement de la participation communautaire.

Le présent document définit les grandes orientations en vue d'une plus grande autonomisation des communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé. Il constitue l'outil de référence auquel tout acteur de santé communautaire doit avoir recours pour accompagner la Côte d'Ivoire vers l'émergence à l'horizon 2020.

ANNEXES

- STATUT DE L'ASC

- MOTIVATION DE L'ASC



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



Statut des Agents de Santé Communautaires (ASC) en Côte d'Ivoire

Sommaire

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

I. Contexte et justification

II. Analyse de la situation des acteurs communautaires en Côte d'ivoire

III. Statut d'agents de santé communautaire

3.1. Dénomination des prestataires communautaires

3.2. Critères de sélection des ASC

3.3. Procédure de sélection de l'ASC

3.4. Conditions de remplacement de l'ASC

IV. Les services à base communautaire

4.1. Les services promotionnels,

4.2. Les services préventifs

4.3. Les services curatifs

4.4. Les services de surveillance

4.5. Les activités de soutien

V. Renforcement des compétences

5.1. Formation de l'ASC

5.2. Equipement de l'ASC

5.3. Procédures de renouvellement du matériel

5.4. Supervision de l'ASC

VI. Organisation de la santé communautaire

6.1. Niveau national

6.2. Niveau Régional

6.3. Niveau District sanitaire

6.4. Niveau de l'aire de l'ESPC

6.5. Sous niveau Communautaire

VII. Ancrage institutionnel de la santé communautaire

7.1. Au niveau central

7.2. Niveau opérationnel

VIII. Recommandations

Liste des documents consultés

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABC	: Activités à Base Communautaire
AME	: Allaitement maternel exclusif
ANJE	: Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARSIP	: Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres pandémies
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CNTSC	: Comité National Technique de Santé Communautaire
COGES	: Comité de Gestion des Établissements de Santé
CPN	: Consultation Pré-Natale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DTS	: Dépenses Totales de Santé
ECD	: Équipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDS- MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
ERS	: Équipe Régionale de Santé
ESCOM	: Établissement Sanitaire Communautaire
ESPC	: Établissement Sanitaire de Premier Contact
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FSC	: Fonds de la Santé Communautaire

IBC	: Interventions à Base Communautaire
IDE	: Infirmier Diplômé d'État
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiple
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
PBF	: Financement Basé sur la Performance
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	: Fonds des Nations Unies pour la Population
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RMM	: Rapport de la Mortalité Maternelle
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis
SNIS	: Système National Information Sanitaire

SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TDR	: Test de Diagnostic Rapide TDR
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humaine
WASH	: Water, Sanitation and Hygiene promotion

I. Le Contexte et la justification

Après la conférence historique de 1978 des Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'Alma Ata (ex Union Soviétique) qui a adopté la stratégie des soins de santé primaires et dont la mise en œuvre a montré son inadaptation aux communautés africaines pour des raisons d'ordre économique, les Chefs d'Etats africains, réunis à Bamako au Mali en 1987, ont pensé à réorganiser le système de santé de leur pays, donnant ainsi naissance au concept de « Initiative de Bamako ». L'Initiative de Bamako (IB) ajoute alors au but des SSP (Santé pour tous d'ici l'an 2000), l'accès de l'ensemble de la population aux services de SSP à prix abordables par le maintien des coûts, la restauration de la confiance des usagers dans les services de santé publics par l'amélioration de la qualité des prestations et la promotion de la santé par l'incitation des ménages à l'adoption des comportements favorables à la santé. La Déclaration de Ouagadougou en 2008, a en outre fait de « l'appropriation et de la participation communautaire » un des domaines prioritaires des soins de santé primaires.

La Côte d'Ivoire qui est signataire de ces conventions et initiatives internationales, à l'instar des autres pays africains, a perçu la nécessité de la participation communautaire pour soutenir la mise en œuvre de l'action sanitaire. Cette nécessité a été réaffirmée dans les Plans Nationaux de Développement Sanitaire successifs notamment celui de 2016-2020.

Dans notre pays, la participation communautaire a pris diverses formes que sont entre autres le recouvrement des coûts des prestations sanitaires, les Comités d'Action Sanitaire, les Comités de Gestion des établissements de santé et l'implication des Agents de Santé Communautaires. Ces Comités sont suffisamment organisés et réglementés, même si leur fonctionnalité mérite d'être améliorée. Cependant, les Agents de Santé Communautaire, ne bénéficient pas d'un cadre formel réglementant leur utilisation, bien qu'ils soient utilisés comme interface entre le système de santé et la communauté et qu'ils soient mis à contribution dans le cadre de la mise en œuvre des activités des principaux programmes et projets de santé. Il apparaît donc nécessaire de définir l'environnement de travail et le statut des agents de santé communautaire.

II. L'analyse de la situation des acteurs communautaires en Côte d'Ivoire

i) Caractéristiques des interventions à base communautaire

40 ans après Alma Ata, la mise en œuvre des interventions à base communautaire connaît des performances variables en raison du cadre institutionnel et réglementaire inapproprié à l'intégration de la participation communautaire à l'action sanitaire :

- les activités communautaires ont été largement laissées aux seules organisations à base communautaire ou ONG,
- Souvent sans une politique appropriée d'appui de cette participation communautaire à l'action sanitaire,
- Ou sans l'intégration des IBC dans les données sanitaires nationales, la coordination, les indications et l'appui des autorités sanitaires nationales.
- l'absence de statut de l'ASC, l'absence d'un cadre réglementaire et législatif au développement durable des IBC,
- l'absence de systématisation de la supervision et de l'évaluation des interventions à base communautaire dans le secteur de la santé.

Bien qu'il existe des modules de formation harmonisés couvrant tous les domaines de la santé et destinés aux acteurs communautaires de santé, la formation des agents de santé communautaire n'est pas standardisée et encore moins adaptée aux modèles d'ASC.

Par ailleurs, les paquets d'activités des ASC varient selon, les programmes de santé, le partenaire technique et financier ou agences d'exécution des projets de santé, son mandat et ses prérogatives.

D'où l'intérêt de l'élaboration d'un document d'orientation de l'élaboration du statut des agents de santé communautaire et du cadre institutionnel de développement des interventions à base communautaire en Côte d'Ivoire.

ii) Diagnostic de l'environnement des interventions à base communautaire

L'analyse situationnelle de la santé communautaire révèle la persistance de « *problèmes organisationnels et managérial* ». La mise en cohérence de l'activité de santé communautaire présente plusieurs faiblesses :

- Multiplicité d'acteurs (programmes nationaux, partenaires techniques et financiers, agences d'exécution, communautés) et de programmes menés au niveau communautaire sans une coordination et une harmonisation ;
- Fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des fonctions (ASC, relais) organisés autour d'une multitude de structures (aires de santé, organisations communautaires de base) ;
- Manque de supervision intégrée et d'outils harmonisés ;
- Insuffisance de la gestion des informations à base communautaire ;
- Efficacité limitée de certaines instances (comités de santé, comités de gestion, comité d'action sanitaire, etc.).

iii) Catégories des acteurs communautaire

Il existe quatre types d'acteurs de la santé communautaire en Côte d'ivoire :

- Les professionnels de tous les secteurs (santé, agriculture, éducation, etc.).
- Les administratifs (décideurs, partenaires techniques et financiers, etc.)
- Les élus (chefs de villages / quartiers, les conseillers locaux, conseillers communaux et les maires) ;
- Et les communautés.

Les représentants de la communauté dans l'offre de soins en Côte d'ivoire sont désignés différemment et peuvent être de différents niveaux d'instruction et de responsabilité selon leurs zones d'intervention.

Ils sont appelés relais communautaires, agents mobilisateurs, agents de santé communautaire ou conseillers communautaires. Dans une étude de ICAP, il est distingué trois sous-groupes parmi les ASC que sont : les ASC de base, les ASC pairs-éducateurs et les ASC- tuteur.

Les ASC collaborent dans plusieurs programmes de santé et d'hygiène du milieu et directions du ministère de la santé que sont : PNLS, PNLT, PNSME, PNLP/FM, USAID/PEFFAR, UNFPA, Save the Children, ACF, OMS, Alliance Côte d'ivoire, ASAPSU, UNICEF, IRC, ANADER, DCPEV, DSIM etc.

iv) Domaines d'interventions des agents de santé communautaire

En termes de prestations, ils couvrent quatre volets de soins / interventions que sont :

- Les soins promotionnels et WASH ;

- Les soins préventifs ;
- Les soins curatifs de premier niveau ;
- Et les activités de soutien et de gestion.

Les activités menées sont souvent les Visites à Domicile (VAD) pour la communication interpersonnelle (CIP) et le dépistage, la mobilisation communautaire, l'animation de groupe et la PECADOM et la PCIMNE-C. Les activités recouvrent les interventions relatives à :

- La lutte contre le VIH-sida
- la lutte contre les maladies tropicales négligées (lèpre, ulcère de Buruli, onchocercose
- la lutte contre le paludisme dont la distribution de masse de MILDA et la sensibilisation à leur utilisation ;
- la lutte contre la tuberculose (dépistage, notification, suivi de traitement et recherche de perdus de vue) ;
- l'éradication du ver de guinée (dépistage, sensibilisation, veille épidémiologique)
- la promotion des Pratiques familiales Essentielles (PFE) ;
- la promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) ;
- la lutte contre la mortalité maternelle dont les fistules obstétricales, la promotion des CPN, CPoN et la PF ;
- la violence basée sur le genre y compris les MGF ;
- L'hygiène et assainissement du milieu ;
- La déclaration des naissances des nouveau-nés.

III. Le statut d'agents de santé communautaire

Différents modèles d'intégration de programmes des Agents de santé communautaire ont été utilisés pour leur insertion dans le système national de santé :

- i) le modèle de l'équipe d'installation périphérique utilisé au Pérou, fait d'une petite équipe d'avant-poste dirigée par une infirmière ou une sage-femme ;
- ii) le modèle «care group» actuellement mis à l'échelle au Burundi, constitué de bénévoles dirigés par un promoteur ;
- iii) Modèle des interventions dirigées par la communauté (Community Directed model) souvent rencontré dans les pays où les ASC aident à répondre aux besoins de santé
- iv) Le modèle de gestion des ONG (expérimenté au Bangladesh).

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, nous avons opté pour le modèle constitué d'une petite équipe d'avant-poste composée par trois types d'ASC encadrés par l'infirmier ou la sage-femme superviseur.

3.1. Dénomination des prestataires communautaires

Pour harmoniser la désignation des prestataires communautaires (relais communautaires, agents mobilisateurs, conseillers communautaires, Agents de santé Communautaires, Agents de Distribution des produits Contraceptifs à base communautaire, éducateurs de pairs, etc.), désormais le terme retenu est « **Agent 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, ayant reçu une formation de base pour offrir un paquet intégré de services** préventifs, promotionnels, curatifs de base et de soutien **sous la supervision du personnel de santé**. Il est chargé de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire.

Nous retiendrons deux (02) types d'ASC qui ont fait leurs preuves avec des exigences de critères de sélection et des responsabilités différentes :

Type 1 : ASC de Base, C'est un ASC formé pour soutenir les familles sur tous les sujets en particuliers les pratiques familiales essentielles (PFE), les Actions Essentielles en Nutrition (AEN), l'hygiène et l'assainissement (WASH) et la surveillance épidémiologique. Il peut être défini comme un ASC à paquet promotionnel, préventif, curatif et de soutien (complet)

Type 2 : ASC- Coach : C'est un ASC de base possédant plus d'expériences et identifié sur cette base par ses collègues pour appuyer une dizaine d'ASC de base dans l'aire de santé sous la supervision des

agents de santé superviseurs. Il peut être défini comme un ASC à paquet complet responsable de l'encadrement d'un certain nombre d'ASC.

3.2. Critères de sélection des ASC

Selon les deux types d'ASC définis plus haut, les critères de sélection sont les suivants :

i) Critères pour les ASC de base

- Résider dans la communauté (village/secteur) ;
- Accepter d'exercer la fonction d'ASC sans y être contraint ;
- Parler la langue locale ;
- Savoir parler, lire et écrire le français (Personne ne sachant ni lire ni écrire mais qui a une expertise profane dans un domaine bien déterminé) ;
- Être âgé d'au moins 18 ans et au plus 50 ans au moment de la sélection ;
- Être engagé, stable et disponible ;
- Être discret et respectueux de la confidentialité ;
- Avoir de bonnes relations avec la population ;
- Être de bonne moralité ;
- Être capable d'exercer efficacement la fonction d'ASC.

NB : Les candidatures des jeunes, des femmes et des personnes vivant avec un handicap sont fortement encouragées

ii) ASC-Coach

En plus des critères de l'ASC de base, l'ASC Coach est un ASC identifié parmi ses collègues pour être leur guide, leur leader. Pour ce faire, il doit :

- Être ASC de base avec au moins deux (02) ans d'ancienneté dans la fonction d'ASC (durée)
- Avoir un leadership ;
- Avoir un sens poussé de la responsabilité ;
- Être un rassembleur.
- Avoir de l'expérience et une bonne performance dans la mise en œuvre des activités communautaires

NB : Une attention particulière sera apportée aux candidatures féminines.

3.3. Procédure de sélection de l'ASC

La sélection de l'agent de santé communautaire doit suivre les étapes suivantes :

➤ Pour les ASC de base

Etape 1 : Information des parties prenantes : Lors d'une première réunion convoquée par les autorités préfectorales, l'Equipe Cadre du District, le personnel de santé et les responsables des ONG locales échantent avec les autorités communales, les leaders communautaires, les leaders des associations de jeunes et de femmes, les membres du COGES sur le processus de sélection des ASC, les critères de sélection de l'ASC et le cahier de charge de mise en œuvre des services à base communautaire. Ils fixent d'un commun accord la date de tenue d'une Assemblée Générale du village ou du quartier.

Etape 2 : Appel à candidature : A travers les canaux locaux de communication (griots, radios locales, etc.), un rappel du rendez-vous est fait à la population au moins une semaine avant la date et la veille, par le Chef de village ou de quartier de ville. Ce rappel doit mettre l'accent sur la forte participation de toutes les couches sociales et le rôle des ASC pour permettre aux candidats désireux de se préparer et de se munir de tout document attestant le niveau requis.

Etape 3 : Sélection des ASC : Lors de cette Assemblée Générale, un comité de sélection des ASC, composé du Chef de village et/ou ses notables, du Chef de quartier et/ou son représentant, du Président du CDQ ou CDV, du Président de l'association des jeunes, de la Présidente de l'association des femmes, des chefs religieux, du représentant des ONG locales, du représentant de chaque communauté vivant dans le quartier ou le village, est mis en place avec l'appui du responsable de l'ESPC. Les candidatures sont reçues par le comité de sélection et les ASC sont choisis par consensus et par répartition géographique, de façon équitable parmi ceux qui remplissent les critères.

Etape 4 : Prise de l'arrêté de nomination : Cette Assemblée Générale est sanctionnée par un PV transmis au Directeur Départemental de la Santé par le Chef du Village ou du quartier, avec copie au sous-préfet. Le Directeur Départemental de la Santé transmet le PV au Directeur Régional de la santé, qui à son tour, le transmet au corps préfectoral pour la prise de l'arrêté de nomination des ASC.

Etape 5 : Formation et équipement : les ASC ainsi nommés, sont formés par le responsable de l'aire de santé avec l'appui de l'Equipe Cadre de District et équipé.

Etape 6 : Présentation officielle à la communauté : Les ASC formés seront officiellement présentés à la communauté. Au cours de la présentation, il reçoit son équipement des mains du chef du village. Il faut noter que son équipement est un kit appartenant à la communauté et qui est confié à l'ASC pendant son temps d'exercice. Il doit en prendre soin.

➤ **Pour les ASC Coach**

Etape 1 : Proposition du Coach : Après le choix des ASC de base par le Comité de Sélection, ceux-ci, sous la conduite de l'agent de santé superviseur, propose un d'entre eux, sur la base des critères définis, comme leur Coach.

Etape 2 : Validation des propositions : Les propositions des ASC Coach sont validées par l'agent de santé superviseurs.

Etape 3 : Prise de l'arrêté de nomination : Le PV sanctionnant l'Assemblée Générale du village/quartier de ville transmis par voie hiérarchique au corps préfectoral pour la prise de l'arrêté de nomination des ASC doit faire mention des ASC Coach.

Etape 4 : Formation et équipement : Les ASC Choach, en plus de la formation commune aux ASC de base, bénéficient d'une formation complémentaire faite par le responsable de l'aire de santé avec l'appui de l'Equipe Cadre de District puis il est équipé.

Etape 5 : Présentation officielle à la communauté : L'ASC Coach est présenté officiellement à la communauté au même titre que les ASC de base. Il reçoit également son équipement des mains du chef du village/quartier de ville. Il faut noter que son équipement est un kit appartenant à la communauté et qui est confié à l'ASC pendant son temps d'exercice. Il doit en prendre soin.

NB : L'ASC de base ou Coach veillera à remettre le kit au chef, dès la cessation d'activité.

3.4. Cas particulier de l'Educateur de Pair

L'ASC de base ou l'ASC Coach peut être un Educateur de Pair.

➤ **Définition de l'Educateur de Pair (EP)**

L'Educateur de Pair (EP) est un ASC de base ou un ASC coach ayant des années d'expériences en tant que ASC et étant capable d'accompagner et de soutenir des interventions des programmes de santé de

façon efficace en tant que conseiller de ses pairs. Il peut être défini comme un ASC préposé pour donner des conseils à ses pairs.

➤ **Critères de sélection de l'EP**

Pour qu'un ASC de base ou un ASC Coach soit considéré comme Educateur de Pair, il doit répondre aux critères suivants :

- Vivre avec ou être affecté par une maladie chronique (VIH/Sida, diabète, hypertension artérielle, asthme, drépanocytose, etc.) ;
- Etre un modèle en matière d'observance de traitement ;
- Avoir de l'expérience dans le suivi et l'accompagnement des malades ;
- Etre Mère/Père ou toute personne modèle en termes de suivi de la santé de l'enfant (allaitement exclusif, vaccination, pesée, etc.), de la santé de la mère (CPN et CPoN) ;
- Appartenir à un groupe cible ou concernée par un problème de santé particulier est un atout supplémentaire.

Dans la situation où une communauté n'a pu sélectionner un Educateur de Pair parmi ses ASC de base ou Coach, l'agent de santé, procédera à la sélection des EP selon les procédures ci-dessous.

➤ **Procédures de sélection de l'EP**

Etape 1 : Appel à candidature : Le responsable de l'aire de santé informe les personnes vivant avec ou affectées par une maladie chronique dont il a la charge, qu'il procédera à une sélection de l'Educateur de Pair. Il porte à leur connaissance les critères de sélection et le contenu du cahier de charge de mise en œuvre des services à base communautaire.

Etape 2 : Sélection des EP : Sur la base des critères de sélection et du consentement, le responsable de l'aire de santé, établit la liste des Educateurs de Pairs en tenant compte des maladies chroniques les plus répandues dans sa zone de desserte et de la répartition géographique.

Etape 3 : Prise de l'arrêté de nomination : La liste établie est transmise, par voie hiérarchique, au corps préfectoral pour la prise de l'arrêté de nomination des Educateurs de Pairs.

Etape 4 : Formation et équipement : Les Educateurs de Pairs nommés, bénéficient d'une formation spécifique, selon la maladie chronique, faite par le responsable de l'aire de santé avec l'appui de l'Equipe Cadre de District puis il reçoit son équipement.

Etape 5 : Présentation à la communauté : L'Educateur de Pair, est présenté par le responsable de l'aire de santé à toute personne, famille qui a besoin de son aide. il reçoit son équipement des mains du responsable de l'aire de santé. Il faut noter que son équipement est un kit appartenant au centre de santé et qui est confié à l'Educateur de Pair pendant son temps d'exercice. Il doit en prendre soin.

3.5. Remplacement de l'ASC

Lorsque l'ASC décède, démissionne, ou se trouve dans l'incapacité de continuer ses fonctions (maladie, mutation, inactivité, indiscipline ou insuffisance répétée de rendement, etc.), commet des fautes graves (fraude, malversation, etc.), le responsable de l'aire de santé s'organise avec la communauté pour choisir une autre personne selon les étapes prévues. Le nouvel ASC sera formé selon les normes et procédures prévues.

3.6. Charge de travail de l'ASC

L'ASC couvre une zone d'intervention pouvant correspondre à un village ou une partie du village, à un quartier ou une partie du quartier.

En plus d'exercer dans un quartier ou un village, l'Educateur de Pair peut travailler dans une structure de santé.

La charge de travail de l'ASC dépend des caractéristiques des ménages couverts et de la gamme d'activités à exécuter.

Un ASC s'occupe de **250 à 500 habitants (25 à 60 ménages)**.

IV. Les services à base communautaire

Les services offerts par les ASC sont définis pour être en adéquation avec les interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et la mortalité des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, ainsi que les pathologies d'intérêt en santé publique. Ils sont repartis en services promotionnels, préventifs, curatifs et les activités de soutien.

4.1. Les services promotionnels,

- Promotion des pratiques familiales essentielles et des actions essentielles en nutrition (alimentation de la femme enceinte et allaitante ; alimentation de l'enfant malade et dépistage de la malnutrition, allaitement maternel optimale, etc.) pour la santé de la mère et pour la survie du nouveau-né et de l'enfant ;
- Promotion de l'hygiène, de l'assainissement, de l'utilisation de l'eau potable et gestion des déchets et des eaux usées ;
- Promotion des services de planification familiale (espacement des naissances, grossesses non désirées), des violences basées sur le genre et des fistules obstétricales ;
- Promotion de la vaccination, de l'utilisation des MILDA ;
- Promotion du don de sang ;
- Promotion de comportements favorables à la santé (Exercice physique, alimentation saine, etc.) ;
- Promotion des activités de lutte contre la tuberculose (hygiène de la toux), le VIH (dépistage du VIH, PTME, utilisation du préservatif, promotion des pratiques sexuelles à moindre risque) et les autres pathologies chroniques (hépatites virales, diabète, HTA, etc.).

4.2. Les services préventifs

- Participation aux campagnes de masse d'administration de vaccins, de médicaments et à la distribution de produits et intrants stratégiques (JNV, SIAN, Distribution d'Ivermectine, de Vitamine A, de MILDA, de déparasitants, etc.) ;
- Dépistage actif de la malnutrition et des maladies chroniques (HTA, diabète, VIH, cancers, etc.) au niveau communautaire ;
- Sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé (maladies transmissibles, maladies non transmissibles, maladies chroniques, maladies tropicales négligées, surveillance préventive

des femmes enceintes, femmes accouchées/allaitantes, surveillance du développement de l'enfant, surveillance préventive des populations clés/prioritaires, etc.) ;

- Prévention des traumatismes par le port de casques chez les motocyclistes et travailleurs de chantiers ainsi que la ceinture de sécurité chez les automobilistes, etc. ;
- Prévention des dangers liés à la consommation des drogues, stupéfiants, tabac et alcool.

4.3. Les services curatifs

- Soins appropriés à domicile du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'adolescent et de l'adulte ;
- Suivi des traitements de maladies au niveau communautaire ;
- Activités de référence /orientation au centre de santé en cas de signes de danger ou de complications ;
- - Recherche des patients ayant manqué leur rendez-vous et perdus de vue ;
- - Soins et Soutien (PVVIH,OEV, nutrition, tuberculose, autres pathologies chroniques) : Education au traitement et à l'observance, animation de groupe d'auto-support et groupe de soutien, identification des besoins, Santé Positive, Dignité et Prévention (SPDP), prévention des infections opportunistes des co-morbidités, co-infections, soins palliatifs.

4.4. Les services de surveillance

- Recensement /Notification aux responsables des réseaux de surveillance et aux formations sanitaires des cas (maladies cibles du PEV, autres maladies à potentiel épidémique, paludisme, dracunculose, décès maternel, néonatal et infantile, etc.), MTN et les maladies non transmissibles ;
- Surveillance et alerte précoce des évènements inhabituels au niveau communautaire (catastrophes naturelles, contamination d'eau, nombreux décès subites d'humains ou d'animaux, odeurs inhabituelles, etc.) ;
- Surveillance des effets indésirables liés à la prise des médicaments et injections de produits (contraceptifs, ARV, cotrimoxazole, CTA, antituberculeux, vaccins, etc.), pour donner des conseils ou référer au centre de santé le plus proche.

4.5. Les activités de soutien

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

- Recensement des ménages et des cibles sous sa responsabilité ;
- Participation aux activités de diagnostic communautaire de problèmes de santé et à l'élaboration du plan d'action communautaire puis à la mise en place de mesures adaptées aux communautés ;
- Appui au Centre de santé dans l'organisation des activités en stratégie avancée et des campagnes de masse ;
- Appui au réapprovisionnement en médicaments et intrants pour la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire ;
- Transmission au centre de santé des rapports d'activités du mois écoulé et faire la programmation du mois suivant en collaboration avec l'Infirmier du centre de santé ;
- Notification au centre de santé des naissances et des décès maternels et néonataux survenus à domicile ;
- Gestion des ressources (matérielles, recettes et intrants) ;
- Participation aux rencontres et aux réunions ;
- Bilan de la mise en œuvre des activités lors des Assemblées communautaires au niveau du village.

Les services sus cités, constituent le paquet complet de l'ASC. De ce paquet complet, sera tiré un paquet minimum d'activités (PMA) tenant compte des ressources financières disponibles et du faciès épidémiologiques du moment.

V. Les motivations des ASC

La motivation de l'ASC se fera à travers des motivations financières et non financières sous la forme de prime, de facilité d'accès aux soins et de soutien de la communauté.

5.1. La motivation financière

➤ Prime forfaitaire de base

Les ASC bénéficient d'une prime forfaitaire de base qui varie selon leur type. Ainsi, ils recevront un montant de :

- **20 000 F CFA par mois pour l'ASC de base ;**
- **30 000 FCFA par mois pour l'ASC Coach.**

Cette prime sera payée tous les trois mois (trimestriellement) sur présentation des rapports d'activités validés par l'agent de santé superviseur.

➤ Primes ponctuelles lors de l'organisation des campagnes de masse

Lors de l'organisation des campagnes de masse, les ASC seront utilisés en priorité et bénéficieront d'un forfait journalier variant entre 2 000 francs et 5 000 francs CFA/jour.

➤ Primes de performance

Pour les primes de performance, elles seront 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.).

➤ Prise en charge des ASC lors des formations

La prise en charge des ASC au cours des sessions de formation consistera au paiement d'un **per diem journalier de 5 000 FCFA lorsque la formation à 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 sera **pris en charge selon le barème du partenaire financier** de cette activité.

Les frais de **transport** seront payés selon **les tarifs en vigueur** en tenant compte les distances parcourues.

5.2. Motivations non financières

➤ Facilité d'accès aux soins

L'ASC bénéficiera 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.

➤ Soutien de la communauté aux ASC

Les communautés d'où sont issus les ASC doivent contribuer à la motivation de ceux-ci à travers des **Activités Génératrices de Revenus (AGR)** selon une clé de répartition en fonction du nombre d'ASC de la localité.

Les communautés mettront en place les Comités villageois de Développement ou Comités de Développement de Quartier. Ces CVD/CDQ s'organiseront pour réaliser des AGR et pourraient recevoir des subventions du Fonds de la santé communautaire en vue de l'autonomisation.

Des actions seront entreprises en vue d'implanter des initiatives de champs communautaires (hévée, cacao, anacarde, palmier à huile, vivriers, maraîcher, etc.) pour la pérennisation de la motivation des ASC et l'accroissement de la contribution de la communauté.

➤ Reconnaissances honorifiques

Les ASC, pour la qualité des services offerts aux communautés et pour leur performance, pourront bénéficier de reconnaissances honorifiques (décorations, félicitations publiques, voyage de partage d'expérience, etc.).

Les sources de motivation de l'ASC proviendront de l'Etat, des partenaires techniques et de la Communauté.

VI. Le renforcement des capacités

6.1. Formation de l'ASC.

Une fois, l'ASC retenu, il est formé dans le mois. La formation se fait 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 sont élaborées par la Direction de la Santé Communautaire qui coordonnera ces formations et en assurera le suivi de la qualité.

La formation donnée à l'ASC conditionne sa performance au sein de la communauté. Il s'agira d'une formation modulaire comprenant :

- une 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

La formation commune comprend deux modules :

- i) **Notion de santé** : la maladie, le microbe, l'agent vecteur, le foyer (localisation) de l'infection, la chaîne de transmission, les facteurs favorisant la maladie, l'hygiène, l'assainissement du milieu, la gestion des déchets sanitaires, l'eau, les aliments, etc.
- ii) **IEC/CCC/C4D** : concepts-clés, principes, canaux, causerie éducative, visite à domicile, counseling, supports éducatifs/messages, etc.

- **La formation spécifique** selon les interventions/programmes

La conception des programmes de formation se fera sous la coordination de la Direction de la Santé Communautaire, en collaboration avec les programmes de santé et doit tenir compte des éléments suivants :

- La formation doit être en rapport avec les interventions, les tâches/fonctions qu'ils sont appelés à exercer au sein de la communauté.
- L'enseignement sera d'abord théorique pendant six (06) jour, puis suivi d'une phase pratique dans la communauté d'une durée de six (06) jours également.

La formation est sanctionnée par une attestation de participation signée par le Directeur Régional ou Départemental de la santé. Cette attestation pourrait être remise lors de l'installation de l'ASC.

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

L'ASC bénéficie d'une mise à niveau tous les ans et lors des supervisions réalisées par l'ASC Coach, l'agent de santé et l'équipe Cadre du District. Cependant, ses connaissances sont remises à jour en cas d'adoption d'une nouvelle stratégie, de nouveau concept ou de révision de modules.

6.2. Equipement de l'ASC

Pour mener à bien ses activités, l'ASC sera 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, tee-shirt ;
- Une torche ;
- Un vélo de préférence tout terrain/ moto ;
- Le matériel de soins : thermomètre, balance de salter, "timer"/chronomètre (fréquence respiratoire), MUAC (périmètre brachial) ;
- Les outils de collecte des données et fiches de référence ;
- Le matériel d'IEC/CCC : boîtes à images, dépliants, etc. ;
- Les outils de gestion : fiches de stock, fiches de rapports ;
- Les fiches d'orientation ;
- Les algorithmes.

6.3. Procédures de renouvellement du matériel

Le renouvellement du reste du matériel se fera à travers les programmes et projets qui appuient les activités de l'ASC en coordination avec la DSC.

6.4. Supervision de l'ASC

La supervision est un facteur très important de la motivation en vue de renforcer les compétences de l'ASC et de lui assurer le soutien du supérieur.

Dans l'exécution de ses tâches et fonctions, l'ASC doit bénéficier d'une supervision régulière. Un tel encadrement lui assure un soutien fiable, utile, une formation permanente, renforce sa crédibilité dans la communauté.

La supervision de l'ASC est assurée mensuellement par le responsable du centre de santé. La supervision des ASC par les ONG et / ou d'autres personnes-ressources doit se faire de façon concertée et intégrée avec les responsables des ESPC.

En cas de nécessité, la fréquence des supervisions pourrait être revue à la hausse (toutes les deux semaines voire hebdomadaire).

Toutefois, lors des sorties du responsable de l'ESPC ou de l'ECD ou du niveau supérieur, l'ASC peut bénéficier d'une supervision conjointe ou non. La supervision se fait à l'aide d'outils élaborés à cet effet.

L'agent superviseur sera aidé dans sa tâche par l'ASC Coach qui assure un accompagnement de proximité de dix (10) ASC environ. L'ASC coach va rendre compte, à l'agent superviseur, des progrès, difficultés et solutions proposées au responsable du centre de santé.



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail



MOTIVATION DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABC	: Activités à Base Communautaire
AME	: Allaitement maternel exclusif
ANJE	: Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARSIP	: Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres pandémies
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHR	: Centre Hospitalier Régional
COGES	: Comité de Gestion des Établissements de Santé
CPN	: Consultation Pré-Natale
CPoN	: Consultation Post-Natale
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DTS	: Dépenses Totales de Santé
ECD	: Équipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDS- MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
ERS	: Équipe Régionale de Santé
ESCOM	: Établissement Sanitaire Communautaire
ESPC	: Établissement Sanitaire de Premier Contact
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FSC	: Fonds de la Santé Communautaire
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IDE	: Infirmier Diplômé d'État
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiple
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
PBF /FBP	: Financement Basé sur la Performance
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	: Fonds des Nations Unies pour la Population
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RMM	: Rapport de la Mortalité Maternelle
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e
SNIS	: Système National information Sanitaire
SRO	: Sel de Réhydratation Ora le
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TDR	: Test de Diagnostic Rapide TDR
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immuno Déficienc e Humaine
WASH	: Water, Sanitation and Hygiene promotion

Table des matières

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

I. Introduction

1.1. Contexte et Justification

1.2. Objectifs et résultats attendu en lien avec la motivation

II. Motivation des Agents et financement de santé communautaire

2.1. Expériences de motivation des ASC en Côte d'ivoire

2.2. Expériences de motivation des ASC en Afrique

2.3. Approches de motivation des ASC

2.4. Critères de rémunération

2.5. Source de financement du fonds de la santé communautaire pour la motivation des ASC

2.5.1. Positionnement du fonds de la santé communautaire

2.5.2. Allocation des ressources financières

2.5.3. Paiement des prestations des ASC

Introduction

1.1. Contexte et Justification

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016 – 2020 a été élaboré pour relever les principaux défis relatifs à l'état de santé des populations. L'un des principes fondamentaux de ce plan est la participation communautaire qui a pour but d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de Soins de Santé Primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services publics de santé, et ce à travers le renforcement des services offerts au niveau communautaire. Ce renforcement passe par la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les populations les plus vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le passage à échelle de ces interventions nécessite une réelle implication des communautés bénéficiaires et une participation active de celles-ci.

En Côte d'Ivoire, les principaux déterminants de la situation socio-sanitaire se caractérisent par leur faiblesse en général. Il s'agit entre autres de la faible couverture sanitaire, la faible disponibilité des services dans les formations sanitaires, la faible accessibilité géographique des formations sanitaires par les populations et la faible participation des communautés à la résolution de leurs problèmes de santé. Le corollaire de cette faiblesse généralisée est une situation épidémiologique préoccupante avec des indicateurs alarmants. De nombreux besoins en santé demeurent encore non satisfaits. Ainsi, la majorité des décès (50 à 80%) surviennent dans les ménages et sont dus à des affections courantes. Il est possible de prévenir ou de traiter ces affections par des interventions à moindre coût et à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Les acteurs clés de la mise en œuvre de ces interventions essentielles sont les Agents de santé communautaire. Ces agents de Santé Communautaires essentiellement bénévoles ont toujours collaboré avec les programmes de santé pour la mise en œuvre de paquets élargis de soins préventifs, promotionnels et curatifs au bénéfice des communautés. Cependant, la problématique de leur fidélisation liée à l'insuffisance de motivation est au centre de toutes réflexions sur les approches communautaires. Cette situation n'est pas de nature à garantir la pérennité des actions des ASC et démontre l'impérieuse nécessité d'élaborer un cadre consensuel de motivation.

1.2. Objectifs et résultats attendu en lien avec la motivation.

Pour harmoniser les approches de motivation des agents communautaires, ce document de travail propose la mise en place d'un mécanisme de motivation des ASC afin de répondre aux questions suivantes :

- Comment assurer la motivation des ASC ?
- Comment inciter les ASC à la performance ?
- Comment rendre pérenne le mécanisme de la motivation des ASC ?

Pour y parvenir il nous faut analyser les expériences nationales et internationales puis tirer les bonnes pratiques pour proposer un dispositif durable de motivation adapté au contexte ivoirien.

I) Motivation des Agents et financement de santé communautaire

1.3. Expériences de motivation des ASC en Côte d’Ivoire.

Les expériences de motivation des ASC passées en revues sont celles de l’UNFPA, Save the Children, Action contre la Faim et de l’ANADER. Dans ces expériences, les incitations sont de deux natures : les incitations financières et les incitations non financières.

i) Les incitations financières se présentent sous deux aspects :

- Le paiement à la journée (indemnités journalières) est principalement réalisé lors des JNV, les campagnes de dépistage et supplémentation ou pour les formations et les réunions mensuelles ou extraordinaires. Le forfait journalier payé varie entre 2000 francs et 5000 francs CFA/jour.
- Le paiement à intervalle plus ou moins régulier (mensuel ou trimestriel) basé sur une appréciation directe ou indirecte des quantités d’activités réalisées est majoritairement utilisé par les ONG (notamment ASAPSU projet malaria) avec pour objectif l’amélioration de la couverture de soins. (primes par VAD / primes par activité). Ce paiement en Côte d’Ivoire se base sur les VAD, la ventes des médicaments ou contraceptifs, le dépistage des cibles pour la vaccination, les CPN ou perdus de vue de certains programmes comme le PNLS, PNLP ou les références vers les Centres de santé.

ii) La forme non financière de la motivation.

Les incitations non financières de motivation des ASC retrouvées sont : la formation, la supervision et la dotation en équipement et matériel de travail. Des incitations importantes telles que la reconnaissance par le personnel de santé (confection de badge), la communauté, les appels à témoigner et l’adhésion à une assurance ou autre groupe de soutien social sont moins utilisées.

En matière d’AGR, on peut citer ACF qui fournit des kits de production d’eau de javel et une communauté (Aboisso) a mis à disposition un champ d’hévéa servant à rémunérer leurs ASC.

A ces incitations s’ajoutent des dons de casquettes, de teeshirts.

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

Au total, trois approches de motivation des ASC se côtoient en Côte d’Ivoire : l’approche salariale, le bénévolat et l’approche composite faite d’un montant de base auquel s’ajoute une prime de

performance. Chacune de ses approches ont en sus le paiement des indemnités journalières pour des activités ponctuelles (JNV, distribution de MILDA etc.) et les incitations non financières que sont la formation / recyclage, la supervision. Les AGR, la reconnaissance et les distinctions sont plus variables.

Tableau I. Synthèse des formes d'Incitations de la motivation chez les ASC

Composantes	Éléments
Financière	- Primes de performance calculées sur les quantités et la qualité (normes ou standards)
	- Primes de transport pour réunion et formation - Frais de subsistance (per diem) - Ristournes sur les médicaments et les contraceptifs - Forfaits journaliers pour les JNV et autres campagnes
Non financière directe	- Lettre d'encouragement / félicitations - Carte d'identification - Supervision - Identification des contenants des outils ou matériels
	- Kit et équipement de travail - Un (1) moyen de déplacement (vélo) - Un (1) gilet et ou badge d'identification - Téléphone portable + reseau flotte - Lampe solaire - Un kit de lavage des mains ; - Un (1) imperméable ; - Une (1) paire de bottes ; - Des supports de gestion des intrants ;
	- Privilège de sélection pour les enquêtes de santé - Politique et législation soutenant les ASC - Soutien des ASC par le personnel de Santé - Reconnaissance de la communauté - Parrainage pour crédit pour les AGR - Gratuité des consultations médicales et des soins infirmiers.

1.4. Expériences de motivation des ASC en Afrique.

Les expériences de motivations des agents de santé communautaires en Afrique (Niger, Mali, Burkina, Bénin, Madagascar) et en Asie, ont montré que les incitations monétaires permettent de :

- Fixer des objectifs précis aux ASC ;
- Exiger des horaires de travail plus longs ;

- Uniformiser des activités quotidiennes ;
- Effectuer une supervision rigoureuse ;
- Donner des sanctions pour encourager la performance ;
- Avoir des taux d'abandon plus faible chez les ASC.

Différentes expériences de motivation des ASC

Pays	Salaire / forfait de base	Indemnités : JNV, Dépistage etc.	AGR / Épargne/Prêt	Mutuelles de Santé	FBP	Équipement et formation
Côte d'ivoire (non harmonisé)	20 000 à 30 000 FCFA / mois	2 000 à 5 000 FCFA	✓	✓	✓	✓
1. UNFPA		5000 f CFA /jour				✓
2. Save the Children	17 000 f CFA	✓			✓	✓
3. ACF		✓	Kit de production d'eau de javel			✓
4. ANADER	30 000 f CFA	✓				✓
Niger (harmonisé)	50 000 f CFA / mois					✓
Burkina Faso	20 000 f CFA/mois	2 500 à 3 500 f /j	✓		✓	✓
Mali	35 000 f CFA/mois	✓	✓		✓	✓
Madagascar (non harmonisé)		✓	Ristournes sur vente de produits et Cession MILDA	✓	✓	✓
Burundi		✓	✓	✓	✓	✓
Rwanda		✓	✓		✓	✓
Bénin (non harmonisé)	10 000 f CFA/mois	✓	Ristournes sur vente de produits Cession MILDA		✓	✓
Nigeria (non harmonisé)	13 -27 USD /mois	✓				
Ethiopie	50 USD/ mois	✓			✓	✓
Togo	30 000 f CFA /mois	✓	Ristournes sur vente de produits		✓	✓

Motivation : désir de servir et de fournir un travail efficace en tant qu'ASC.

FBP : 0,62USD par femme référée pour PF (Madagascar).

1.5. Approches de motivation des ASC.

Plusieurs approches de motivation existent et sont pratiquées dans différents pays et par différents partenaires. Ces approches concernent la professionnalisation des ASC avec paiement d'un salaire sur le budget de l'Etat, la rémunération selon la performance où les ASC reçoivent des primes en fonction de leurs performances financées par les partenaires et un mécanisme hybride par la création d'un fonds commun alimenté à la fois par l'Etat et les partenaires au développement pour le paiement des rémunérations des ASC.

i) Mécanismes de motivation des ASC

La motivation de l'ASC se fera à travers des motivations financières et non financières sous la forme de prime, d'une facilité d'accès aux soins et d'un soutien de la communauté.

➤ Motivations financières

a) Prime forfaitaire de base

Les ASC doivent bénéficier d'une prime fixe forfaitaire d'un montant de 10 000 F CFA par mois payé par le fonds de la santé communautaire.

b) Primes basées sur la performance

Compte tenu des avantages des incitations financières et du caractère équitable que l'on connaît au Financement Basé sur la Performance (FBP), les ASC recevront des primes en fonctions des résultats obtenus dans le cadre de leurs activités communautaires.

En effet, la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance dans plusieurs pays en Afrique, a amélioré la performance des centres de santé et la motivation du personnel. Pour la stratégie du Financement Basé sur la Performance (FBP), il faut rappeler que c'est une façon de faire par laquelle l'obtention d'un financement est directement liée à la quantité de résultats de qualité fournie à la population. La démarche fait intervenir différents acteurs qui assurent différentes fonctions que sont le financement, l'achat, les prestations, la régulation et la vérification.

➤ Motivations non financières

a) Facilité d'accès aux soins

L'ASC bénéficiera 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.

b) Soutien de la communauté aux ASC

Les communautés d'où sont issus les ASC doivent contribuer à la motivation de ceux-ci à travers des Activités Génératrices de Revenus (AGR) selon une clé de répartition en fonction du nombre d'ASC de la localité.

Les communautés mettront en place les Comités villageois de Développement ou Comités de Développement de Quartier. Ces CVD/CDQ s'organiseront pour réaliser des AGR et pourraient recevoir des subventions du Fonds de la santé communautaire vue de l'autonomisation.

Des actions seront entreprises en vue d'implanter des initiatives de champs communautaires (hévéa, cacao, anacarde, palmier à huile, vivriers, maraîcher, etc.) pour la pérennisation de la motivation des ASC et l'accroissement de la contribution de la communauté.

c) Équipement et matériels de travail
(Voir la liste des équipements de base dans le tableau 1)

ii) Grille de motivation.

Dans le **tableau II** ci-dessous, il est résumé les composantes de la grille de motivation que nous proposons pour les acteurs du sous niveau communautaire en Côte d'Ivoire.

Tableau II. Grille de motivation des ASC

Rubriques de motivation des ASC	ASC Base	ASC-PE	ASC-Coach
<i>Prime forfaitaire de base</i>	✓	✓	✓
Indemnités journalières pour formation ou réunion	✓	✓	✓
Primes de performance (FBP)	✓	✓	✓
Inscription dans les régimes d'assurance maladie communautaire	✓	✓	✓
Incidatifs non financiers			
Éducation et amélioration des compétences	✓	✓	✓
Activités génératrices de revenus	✓	✓	✓
Équipement et matériel	✓	✓	✓
Mentorat et supervision	✓	✓	✓
Reconnaissance publique	✓	✓	✓

NB : la prise en charge des ASC au cours des sessions de formation consistera en un per diem journalier de 5 000 F lorsque la formation a lieu à l'ESPC, de 10 000 F lorsque cette formation a lieu au Chef-lieu du district sanitaire et de 15 000 F lorsqu'elle a lieu au Chef-lieu de région. Les frais de transport seront payés selon les tarifs en vigueur.

1.6. Critères de rémunération

Les critères de paiement des primes au cours des formations ou des réunions sont essentiellement la présence et la participation. Pour des activités ponctuelles telles que les JNV et autres campagnes, c'est la participation active aux activités de la campagne confiées à l'ASC.

Pour les primes FBP, elles seront calculées sur la base d'indicateurs quantitatifs tirés des interventions à base communautaire (nombres d'activités promotionnelles, préventives et ou curatives réalisées selon les normes, etc.). Pour servir de base de calcul, les résultats seront déclarés par les prestataires et validés par le vérificateur en termes quantitatifs et qualitatifs.

La rémunération des indicateurs communautaires à la performance, fera l'objet d'un modèle développé à part.

1.7. Source de financement du fonds de la santé communautaire pour la motivation des ASC

La motivation financière des ASC se fera à travers la mise en place d'un panier commun dénommé "Fonds de la santé communautaire".

Le fonds de la santé communautaire sera alimenté à la fois par l'Etat sur les allocations budgétaires du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique, les bailleurs de fonds, les partenaires au développement, les partenaires techniques et financiers, les ONG internationales et nationales et d'autres partenaires.

Les sources de financement qui contribuent déjà au financement de la santé communautaire que l'on peut mettre en commun sont :

- Subventions de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes;
- Appuis financiers des PTF pour le suivi et la recherche des PVVIH perdus de vue ;
- Appuis financiers des PTF pour le dépistage de la tuberculose (TB) et de recherche des perdus de vue ;
- Appuis financiers des PTF pour la mobilisation des mères dans le cadre du PEV ;
- Marge bénéficiaire sur la cession des Médicaments Essentiels
- Appuis financiers des PTF pour la distribution des MILDA dans la lutte contre le paludisme
- Lignes du BGE pour le fonctionnement des structures de santé (crédits notifiés et crédits délégués)
- Contributions du secteur agricole (filière café / cacao, Anacarde, OCAB, bois, etc.) ;
- Contributions des Organisations d'exploitation des hydrocarbures et miniers ;
- Contributions des collectivités locales ;
- Contributions du Fonds d'Action Sanitaire (FAS)

1.7.1. Positionnement du fonds de la santé communautaire

Le fonds de la santé communautaire sera logé au cabinet du Ministère de la santé et de l'hygiène Publique à travers la Direction des Affaires financières (DAF). Ce fonds sera administré par une régie financière selon les procédures de gestion habituelles du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF).

1.7.2. Allocation des ressources financières

L'allocation des ressources financières pour la motivation des ASC, la formation, la supervision et la dotation en matériel se fera à travers le District et l'ESPC. Un manuel de procédure sera mis en place pour la gestion autonome et transparente des ressources mobilisées. L'organe de gestion impliquera toutes les parties prenantes. Il s'agira en outre d'établir les différentes modalités d'affectation des ressources mobilisées pour le financement de la mise en œuvre des interventions, de la coordination et du suivi-évaluation.

1.7.3. Paiement des prestations des ASC

Le paiement de la prime forfaitaire de base ainsi que des prestations des ASC dans le cadre du Financement Basé sur la Performance seront précisés dans le manuel de procédure de gestion du fonds de la santé communautaire qui sera élaboré à cet effet.

ANNEXE 3 : CADRE LOGIQUE

Axes Stratégiques	Orientations stratégiques	Stratégies d'interventions
Axe 1 Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire.	1.1. Création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire	(i) Définition de la politique nationale de santé communautaire, du cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre ; (ii) Respect du modèle des ASC, du paquet minimum d'activités et du mécanisme de motivation ; (iii) Application effective des textes réglementaires par les intervenants tout en privilégiant la participation des communautés
	1.2. Renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé.	(i) Intégration du niveau communautaire au système de santé (ii) Formalisation de la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié (iii) Introduction de nouvelles technologies pour améliorer le système d'information (iv) Elaboration des outils de collectes de données
	1.3. Harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire :	(i) Assurance d'une offre de service de qualité sur toute l'étendue du territoire national
	1.4. Elaboration d'un curriculum de formation des ASC	(i) Elaboration un plan de formation national sur la base de supports consensuels adaptés ; (ii) Assurance du suivi de la qualité du plan de formation
	1.5. Définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire	(i) Plaidoyers auprès du MSHP, des PTF et des collectivités locales dans l'optique de contribuer à la motivation des ASC
Axe 2 Le renforcement de la participation	2.1. Renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes	(i) Mise en place d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ; (ii) Responsabilisation et appropriation de la santé communautaire par les

Axes Stratégiques	Orientations stratégiques	Stratégies d'interventions
et l'engagement des communautés et des collectivités locales		collectivités locales ;
	2.2. Développement et mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée	(i) Participation active des communautés à toutes les phases de mise en œuvre d'une intervention c'est à dire que la communauté participera au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation
Axe 3 L'amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires	3.1. Élaboration et application des normes nationales d'utilisation des ASC	(i) Révision et définition des normes nationales d'utilisation des ASC. (ii) Diffusion des normes à toutes les parties prenantes (iii) Application effective des normes par tous les intervenants de la santé communautaire.
	3.2. Renforcement des capacités techniques des acteurs communautaires	(i) Assurance de la formation/ recyclage sur la prise en charge, la gestion, la communication, le rapportage ; (ii) Plaidoyer en vue de la dotation en matériels tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion
	3.2. Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants	(i) Assurance de la disponibilité des médicaments grâce une dotation initiale conformément à la liste validée ; (ii) Elaboration du guide de bonnes pratiques en matière d'approvisionnement et de dispensation de médicaments et intrants par les centres de santé.
Axe 4 Le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	4.1. Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS	(i) Elaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires (ii) Prise en compte des indicateurs communautaires nationaux définis dans le dictionnaire afin d'harmoniser les outils de collectes de données
	4.2. Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire	(i) Promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire par des conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche

Axes Stratégiques	Orientations stratégiques	Stratégies d'interventions
	4.3. Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire	(i) Organisation de rencontres, réunions et visites d'échanges pour le partage des bonnes pratiques afin d'uniformiser et de standardiser les interventions en santé communautaire
	4.4. Renforcement du suivi, de la supervision, du monitoring et du coaching des acteurs de la santé communautaire	(i) Elaboration du guide de supervision et de renforcement des capacités des ASC par les médecins, les infirmiers ou les Sage femmes
Axe 5 Le renforcement du financement de la santé communautaire	5.1. Renforcement des mécanismes de financement de la santé communautaire	(i) Plaidoyers pour une réallocation de la part du budget alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires. (ii) Plaidoyers auprès des collectivités et les PTF pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financements. (iii) Extension du FBP au niveau communautaire
	5.2. Renforcement du plaidoyer pour l'accroissement du financement des activités communautaires	(i) Elaboration d'un document de plaidoyer en vue de mobiliser les ressources suffisantes et adéquates pour la mise en œuvre des interventions communautaires

ANNEXE 4 : PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE

N°	Nom et prénoms	Structure	Titre/Fonction	Contact	E-mail
1.	Professeur SAMBA Mamadou	DSC/MSHP	Directeur	07 07 41 14	samba.mamadou@gmail.com
2.	RAISSA VANIAN	UNICEF	Chef Communication pour le Développement	46 14 13 00	revanian@unicef.org
3.	GUY Arsène OBROU	UNICEF	Spécialiste VIH	54 36 34 07	gaobrou@unicef.org
4.	CASSY Marius	UNICEF	Spécialiste Nutrition	05 01 14 87	mcassy@unicef.org
5.	KONE KANE NANKERE	PNLS/MSHP	Médecin/Assistant Technique	22 42 07 17 06 00 30 14	kone.kane@yahoo.fr
6.	GNANGUI DIAN Vincent	ICAP	CHW and Nursing Project Manager	44 36 61 79	gv2230@cumc.columbia.edu
7.	YEBOUA AMOIKON	PNSME	Médecin/chargé d'Etudes	07 70 06 26	yeb_am@yaho.fr
8.	ASSI ALLET Paul Auguste	HFG/abt	HRH Specialist	07 80 92 37	Allet_assi@abtassoc.com
9.	ARRA OURAGA Viviane	PNPMNT	Médecin /Chargée d'Etudes	02 58 75 52	mariaouraga@gmail.com
10.	ONANE Ervé Marius	DSC	Médecin	07 91 57 88	onanon2@gmail.com
11.	YAPI BONI Isidore	PNEVG/EA	Gestionnaire de données Epidémiologiques	07 46 44 13	bonisid@yahoo.fr
12.	AGNON YOFFOUA Jacques	PNLP	Médecin	08 06 59 62	poukini2000@yahoo.fr
13.	EHOUMAN Tanoh Richard	DRH	Gestionnaire des services de santé	09 59 40 82	ehouman.tanoh@yahoo.fr
14.	Dr MEMAIN Srado Daniel	PNPMT	Médecin	49 11 85 35	memainsrado@gmail.com
15.	Dr ANGAMAN EKPONON Dominique	DS Koumassi-Port-Bouet-Vridi	Directeur Départemental	07 56 66 45	dangaman@live.fr
16.	Dr BONZOU Adjoua Jeanne	DCPEV	Médecin	09 59 72 17	jadjoua571@gmail.com
17.	KOBENAN DOMBRODA Félix	DSIM	Chef/service Communication	07 08 18 78	dombroda@gmail.com

N°	Nom et prénoms	Structure	Titre/Fonction	Contact	E-mail
18.	YAO N'DRI	CARE	conseiller technique/Renf. capacité gouv.	59 71 13 51	ndri.yao@care.org
19.	Dr WOI Messe Lynda	UNICEF	Spécialiste Santé/Nutrition	56 43 14 70	imesso@unicef.org
20.	Dr DIABY Moustapha	PNLT	Médecin	05 63 66 24	aima_ci@yahoo.fr
21.	Dr ODJE Claude Evaristes	PNSSU	DCA	07 65 86 62	odjeclaudeevariste@yahoo.fr
22.	EGOU ASSI Hugues	DGS	CE	05 77 92 67 58 06 31 24	egou.assihugues@yahoo.fr
23.	TRAORE Seydou	DSC	Chef de service	03 11 39 27/ 48 28 87 86	traoreysd@yahoo.fr
24.	Dr KOUASSI AMANI Simplicite	DSC	Médecin	07 79 46 35 / 40 83 68 24	drkouassi@yahoo.fr
25.	GBOKOU Konan	DSC	Economiste de la Santé	08 27 19 93	konangbokou@gmail.com
26.	KOUAME N'Zouba Diane Larissa	CAB/MPMEF	Chargée d'Etudes	07 10 20 35	nzouba79@yahoo.fr
27.	BOLLY BALLOU Landry	MPD	Chargé d'Etudes	59 80 35 52	landrybolly@yahoo.fr
28.	Mme GUEHI née KABRAN M.C.	DAMR/MSUA	Chef de projet	77 15 05 11	guehi_mck@yahoo.fr
29.	Dr COMARA DALI Fanta	DHPSE/MSHP	Sous-Directeur	40 00 22 31	dalifanta@yahoo.fr
30.	KOMAN AKOUA Patricia	CNC-CGPE	Chargée de Communication	07 64 98 13	cnc.cgpe2011@gmail.com
31.	Georges Vangah ABLEGUE	DRSHP ABJ 2	Point focal VIH	05 63 67 61	ablegv@yahoo.fr
32.	COULIBALY Kidou Arsène	ASAPSU	Chef Bureau	0749 85 09	kidoua@asapsu-ci.org
33.	GUESSAN BI Gouzan Bernard	UNICEF	Spécialiste Santé	56 43 35 77	biguessan@unicef.org bigouzanbernard@yahoo.fr
34.	N'CHO BROU Prisca	IRC	Responsable Développement communautaire	46 01 78 33	ChyePrisca.Brou@rescue.org
35.	Hugues KLAHO	ACF	Médecin	54 51 08 11	medparssi@cimissions-acf.org

N°	Nom et prénoms	Structure	Titre/Fonction	Contact	E-mail
36.	DIALLO Badrillo	ACF	Communicateur Social	54 51 08 13	mobcomparssi@ci.mission-acf.org
37.	SANGARE Aboudramane	UFHB	Enseignant Chercheur	08 11 00 68	Sangare_aboudramane@yahoo.fr
38.	KOUASSI Djoman Jean	CARITAS	Responsable des programmes	08 83 39 39	jeandjoman@yahoo.fr
39.	SABA Epse YODA Aminata	DSC	Assistant de Direction	07 58 45 58	Saba_aminata@yahoo.fr
40.	KIMOU AYEKOUE François	DPPEIS	Economiste de la santé	07 94 07 40	kimouayekoue@yahoo.fr
41.	NAHOUNOU Noël	Abt Associates	Directeur Pays	05 10 00 85	Noel_Nahounou@abtassoc.com
42.	AKA KOCO Colette	DSC	SAF	07 80 50 74	akakoco@gmail.com
43.	SIAGBE Jean	DIEM	Chauffeur	78 02 34 67	-

ANNEXE 5 : PARTICIPANTS A L'ATELIER DE HAUT NIVEAU POUR L'HARMONISATION DES ANNEXES DU PLAN STRATEGIQUE

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
1.	DAGANAN N'CHO Simplicé	Directeur Général	DGS/MSHP	20 21 72 51	dagnansimplice@gmail.com
2.	SAMBA Mamadou	Directeur	DSC/MSHP	07 07 41 14	Samba.mamadou@gmail.com
3.	BECHIR Aounen	Chef section santé	UNICEF	04 10 82 36	baounen@unicef.org
4.	TRA Gaston	Directeur	DRSHP Bélier	08 20 61 97	tragaston@yahoo.fr
5.	Seydou OUATTARA	Sous-Directeur SSP	DSC/MSHP	05 70 62 32	seydouxfr@yahoo.fr
6.	TRAORE Seydou	Technicien Supérieur Santé	DSC/MSHP	48 28 87 82	traoreysd@yahoo.fr
7.	DAHIE OKOU Laurent	Sous-Directeur MPS	DSC/MSHP	07 69 62 66	Djati2012@yahoo.fr
8.	KOUASSI AMANI Simplicé	Médecin	DSC/MSHP	07794635	drkouassi@yahoo.fr
9.	N'DOLLI KOUAKOU	Inspecteur	IGS/MSHP	47 49 82 82	ndolkouakou@yahoo.fr
10.	GUESSAN Bi Gouzan Bernard	Médecin	UNICEF	56 43 35 77	bigouzanbernard@yahoo.fr bguessan@unicef.org
11.	TRAORE Hubert	Expert	Burkina Faso		huberttraore@yahoo.fr
12.	Barnabas K. YEBOAH	Expert	MOH Ghana	+233 0208270982	barnabasyeb@gmail.com
13.	HEZAGIRA Emery	Expert	Rwanda	+250 788462166 +225 89282159	emeryhezagira@gmail.com
14.	Eugène GBEDJI	Consultant	Initiative 5%	88 78 71 95	eugenegb@yahoo.fr
15.	Franck Mansour ADEDI	Consultant	LIEPSC	08 40 72 93	info@mpaqs.net
16.	TCHETCHE O. Mathieu	Consultant national	Initiative 5%	05 86 89 76	tchetcheom@gmail.com
17.	MAHAN Virginie	Administrateur WASH	UNICEF	05 57 20 29	vmahan@unicef.org
18.	DISSIEKA Romance	Médecin Responsable des Programmes	HKI	04 24 16 79	rdissieka@hki.org

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
19.	Ida TOGBE	Chargée de SMNI	ACF/TDH	54 51 08 14	sagefemmeparssi@ci.missions.acf.org
20.	HUGUES KLAHO	Médecin	ACF-TDH	54 51 08 11	medparssi@ci.missions-acf.org
21.	DJE KOFFI Hyacinthe	Directeur	DDSHP Bouaflé	07 69 78 96	djehyacinthe@yahoo.fr
22.	KOBENAN DOMBRODA Félix	Infirmier	DSIM/MSHP	07 08 18 78	dombroda@gmail.com
23.	ALLUI N'DA Roland	Médecin	PNLP/MSHP	42 68 45 36	alluiroly@gmail.com
24.	Raïssa VANIAN	Spécialiste C4D	UNICEF	46 14 13 00	revanian@unicef.org
25.	COULIBALY Yaya	Vice-Président	CCM-CI	57 97 91 61	koulyaya@yahoo.fr
26.	GONKANOU Tomékpa	Secrétaire Général	FENOS-CI	09 26 55 70	fenosci@yahoo.fr
27.	ROMEDENNE Magali	Spécialiste Santé Communautaire	UNICEF WCARO	+221 786380249	mromedenne@unicef.org
28.	DARIES Nathalie	Chef de section VIH	UNICEF	56 43 34 93	ndaries@unicef.org
29.	BOBY Bernadette	COP RSS	CCM-CI	03 49 83 85	bernadetteboby@ccm.ci
30.	ADJE AKPEI Landrine Létitia	Médecin DMOSS	MENET-FP	08 06 95 32	akpei@live.fr
31.	KOUASSI Agnès	Chargée de PTME/GENRE	RIP+	02 78 93 26	Agno2dieu@yahoo.fr
32.	Ibrahim SANOGO	Médecin	BAD	57 98 68 59	i.sanogo@afdb.org
33.	ASSI ALLET Paul	Economiste de la Santé	HFG /ABT	07 80 92 37	allet_assi@abtassoc.com
34.	KOUAME NZOUBA Diane Larissa	Chargée d'Etudes	MEF	07102035	nzouba79@yahoo.fr
35.	LEHIE BI Lucien	Directeur	DDSHP Yamoussoukro	08 20 06 59	lehiebinanti@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
36.	TRA BI Yrie Dénis	Consultant	-	07 85 29 04	Denis.trabi@yahoo.fr
37.	KANGA Kouassi	Médecin	Terre Des Hommes/CIRBA	03 47 55 74	tdh.ci.medco@gmail.com
38.	DOUMATEY Nicole	Conseiller Technique	CDC-CI	05 37 72 04	Hpl9@cdc.gov
39.	ODJE Claude Evariste	DCA	PNSSU SAJ/MSHP	07 65 86 62	odjeclaudeevariste@yahoo.fr
40.	KOMAN AKOUA Patricia	Responsable Communication	CNC-CGPE	07 64 98 13 01 29 88 20	patriciakoman@gmail.com
41.	GNANGUI DIAN Vincent	Infirmier	ICAP-CI	44 36 61 79 07 72 02 98	Gv2230@cumu.columbia-edu
42.	SAGOUBIE Bernadette	PCA	ASAPSU	07 88 53 35 40 10 24 02	bernadettebredan@gmail.com
43.	Ange HOUNGBEDJI	Coordonnateur Santé	IRC	46 01 63 71	koffiange.houngbedjianani@rescue.org
44.	ZANA Daniel KONE	Médecin	PMLS/MSHP	07 67 69 31	zanadanielk@yahoo.fr
45.	ATCHE Tanoh Kassi	Directeur Exécutif	RENASCOM-CI	08 28 05 27	atanohkassi@hotmail.com
46.	KASSI Manassé	DCOP	SAVE THE CHILDREN	59 02 12 08	Manasse.Kassi@savethechildren.org
47.	GBOKOU KONAN	Economiste de la Santé	DSC/MSHP	08 27 19 93	konangbokou@gmail.com
48.	AKA Bekroudjobehon	Chargé d'Etude	PNN/MSHP	07 80 68 83	bekroudjoaka@yahoo.fr
49.	Ali OUATTARA	Chef de mission	PARSSI	59 88 70 79	alouattara@yahoo.com
50.	DIENG Mamadou	Expert Technique	Expertise France	0033786574704	mamadou.dieng@expertisefrance.fr
51.	KOUAME Kouakou Raymond	Médecin	DRH	01226464	thetykopa@yahoo.fr
52.	KOUASSI Djoman Jean	Gestionnaire	CARITAS CI	08833939	jeandjoman@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
53.	KOUADIO EKIAN Aristide	Charcgé d'Etude	PNSME	07897698	Equiaris2000@gmail.com
54.	DOHOU Wilfrid Pacôme	Chargé de Communication	DCRP/MSHP	07363099	wilfridpacomed@yahoo.fr gladignon1@gmail.com
55.	OSSIE O. Emile	Sous-Directeur	Ministère du Plan et Développement	07847440	assieemile@yahoo.fr
56.	BOLLY Ballou Landry	Chargé d'Etude	Ministère du Plan et Développement	59803552	landrybolly@yahoo.fr
57.	ARRAH OURAGA Viviane	Médecin	PNPMNT	02587552	mariaouraga@gmail.com
58.	KRA KOFFI Lazare	Directeur	DDSHP Tanda	07605498	-
59.	Cathérine SEYA	Spécialiste Développement de la Petite Enfance	Banque Mondiale	79656321	cseya@worldbank.org
60.	Coulibaly Zié Oumar	Vice-Président	REPMASCI	08391220	zieoumar@yahoo.fr
61.	BONZOU ADJOUA Jeanne	Médecin	PEV	09597217	Jadjoua571@gmail.com
62.	Boulayeman FOFANA	DRCLAU	MCLAU	07276563	Boulayeman@yahoo.fr
63.	BRAGORI épouse Yocolly	Directrice	Direction de l'Assainissement en Milieu rural	07876323	bragoreu@yahoo.com
64.	TOURE Brahiman	Chef de Service	DSC/MSHP	09449031	tourebrahiman@gmail.com
65.	SABA Epse YODA Aminata	Assistant de Direction	DSC/MSHP	07 58 45 58	Saba_aminata@yahoo.fr

