



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



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

CADRE NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

Edition : mars 2015

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	4
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION.....	10
I. QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES	11
I. CONTEXTE DU PAYS	14
1-1 Contexte général.....	14
<i>1.1.1. Contexte géographique</i>	14
<i>1.1.2. Contexte démographique</i>	14
<i>1.1.3. Contexte administratif</i>	15
<i>1.1.4. Contexte socioculturel</i>	15
<i>1.1.5. Contexte sociopolitique</i>	15
<i>1.1.6. Contexte économique</i>	16
1.2. Organisation du système de santé ivoirien	16
II. ANALYSE DE LA SITUATION	17
2.1. Situation épidémiologique	17
<i>2.1.1. Morbidité et mortalité chez la mère et l'enfant</i>	17
<i>2.1.2. VIH/Sida et les IST</i>	19
2.2. Mortalité générale.....	23
2.3. Situation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)	23
2.4. Situation des interventions à base communautaire	24
III. BUT ET OBJECTIFS	26
3.1. But	26
3.2. Objectifs	26
<i>3.2.1. Objectif général</i>	26
<i>3.2.2. Objectifs spécifiques</i>	26
IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	27
4.1. Information, Education, Communication / Communication pour le Changement de Comportement /Communication pour le Développement (IEC/CCC/C4D).....	27
4.2. Offre des services au niveau communautaire	27

4.3.	Référence/Orientation.....	27
4.4.	Formation	28
4.5.	Suivi/Evaluation	28
V.	INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE.....	28
VI.	PRINCIPAUX ACTEURS ET LEURS MISSIONS	33
6.1.	Acteurs sanitaires	33
6.2.	Autres acteurs	36
VII.	MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS.....	38
7.1.	Gestion des acteurs	38
7.2.	Processus de sélection des ASC.....	38
7.2.1.	<i>Qui peut être Agent de Santé Communautaire (ASC) ?</i>	38
7.2.2.	<i>Comment choisir un Agent de Santé Communautaire ?</i>	39
7.2.3.	<i>Quels types d'ASC peut-on avoir ?</i>	40
7.3.	Services offerts par l'ASC	40
7.4.	Charge de travail de l'ASC.....	42
7.5.	Formation	42
7.6.	Supervision.....	42
7.7.	Motivations.....	43
7.8.	Sanction	43
7.9.	Gestion des activités	43
7.9.1.	<i>Gestion des médicaments et intrants (médicaments essentiels, MILDA, préservatifs)</i> 43	
7.9.2.	<i>Gestion des informations et Monitoring des activités</i>	44
7.9.3.	<i>Matériels et outils de travail</i>	44
7.10.	Cadre institutionnel.....	45
7.10.1.	<i>Coordination</i>	45
7.10.2.	<i>Collaboration multisectorielle</i>	46
7.11.	Suivi/Evaluation	46
	CONCLUSION	46

SIGLES ET ACRONYMES

ABC	: Activités à Base Communautaire
ARV	: Anti Retro Viral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AT	: Accoucheuse Traditionnelle
AVP	: Accident de la Voie Publique
C4D	: Communication pour le Développement
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CD	: Conseil Dépistage
CDC	: Center for Diseases Control
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
CNO	: Centre Nord Ouest
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Périnatale
CVD	: Comité Villageois de Développement
DPPEIS	: Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
DOT/TDO	: Directly Observed Treatment / Traitement Directement Observé
DSCMP	: Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS- MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
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	: Financement Basé sur la Performance
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
HRSA	: Health Resources and Services Administration
HTA	: Hypertension Artérielle
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Education Communication
INS	: Institut National de la Statistique

IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MIJ	: Mortalité Infanto Juvénile
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action
MNN	: Mortalité Néo Natale
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
MUAC	: Middle-Upper Arm Circumference /Mesure de la Circonférence à Mi Bras
NPSP	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OEV	: Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUCI	: Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
ORL	: Oto Rhino Laryngologie
PCIMNE-C	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire
PEC	: Prise En Charge
PECADOM	: Prise en Charge à Domicile
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PIAVIH	: Personne Infectée et Affectée par le VIH
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMO	: Partenaire de Mise en Œuvre
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SFDE	: Sage-Femme Diplômée d'Etat

SIDA	: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine Pyriméthamine
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouestr-Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	: Visites A Domicile
VIH	: Virus de l'Immuno Déficiency Humaine

PREFACE

L'Initiative de Bamako, met l'accent sur la participation communautaire dans les Soins de Santé Primaires (SSP). La Côte d'Ivoire depuis 1987 s'est inscrite dans cette initiative afin de soutenir la mise en œuvre de l'action sanitaire.

Les principales approches stratégiques utilisées par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida pour le renforcement de l'offre des services de santé aux populations ivoiriennes sont basées sur le développement des Soins de Santé Primaires. Plusieurs interventions sont mises en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et particulièrement au niveau communautaire par les programmes de santé. Ces interventions menées dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux diverses affections qui sévissent en Côte d'Ivoire, sont faites souvent de façon parcellaire et verticale sans base institutionnelle. Ces interventions à base communautaire qui visent à contribuer au renforcement de l'accessibilité, de la disponibilité, de l'utilisation et de la continuité des services de santé surtout en milieu rural, sont devenues une nécessité d'autant plus que la couverture sanitaire du pays reste encore insuffisante.

De nos jours, l'implication des populations bénéficiaires des interventions de santé, dans l'implémentation des projets, constitue une condition essentielle pour la réussite de ceux-ci. En effet, les résultats factuels de l'appropriation et de la participation communautaire à la réussite des programmes et projets de santé, font de celles-ci, un domaine prioritaire des Soins de Santé Primaires. La mise en œuvre des interventions à base communautaire à grande échelle est devenue aujourd'hui pour la plupart des pays africains un défi majeur pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Eu égard aux stratégies mondiales et régionales qui recommandent l'accès universel aux soins et services de santé ainsi que la rareté des ressources humaines de santé, chaque pays se doit de mettre en place une véritable politique de promotion des interventions au niveau communautaire.

C'est dans cette optique que la Côte d'Ivoire se dote d'un cadre des interventions au niveau communautaire. Ce cadre définit les interventions essentielles à mener dans la communauté, précise les principaux acteurs et donne les orientations sur les mécanismes de mise en œuvre.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Département dont j'ai la charge, compte sur la participation de tous en vue de favoriser l'accès des populations, où qu'elles se trouvent, aux soins et services de qualité. Je m'engage à soutenir toutes les initiatives visant à mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du présent cadre.

Le cadre réglementaire dans lequel seront exécutées ces interventions, s'appuie sur les Politiques, Normes et Procédures des services de Santé en Côte d'Ivoire notamment les directives du paquet minimum d'activités dans les établissements sanitaires de premier contact.

Le cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire est le résultat d'un large consensus de tous les acteurs intervenant dans le système national de santé.

Il est le document de référence.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs public, privé, la société civile et les partenaires au développement intervenant dans le secteur de la santé, à se l'approprier pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets et programmes de santé.

Madame la Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE

REMERCIEMENTS

Le document cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire a été rédigé sous l'impulsion de Madame la Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE. Les principaux auteurs sont les acteurs du MSLS, les autres ministères, la société civile et les partenaires au développement.

Le processus d'élaboration du document a connu plusieurs étapes entre autres la mise en place d'un comité technique de réflexion, la mise en œuvre d'un projet pilote d'expérimentation de plusieurs modèles d'ASC et l'atelier d'élaboration du document cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire en Côte d'Ivoire.

Le présent cadre normatif constitue un référentiel de base qui permettra de réorganiser la mise en œuvre des interventions communautaires avec l'implication des acteurs à tous les niveaux.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida remercie les parties prenantes notamment les autres ministères, les institutions, les agences du système des nations unies, les ONG nationales et internationales, la société civile.

Le MSLS remercie particulièrement CDC/HRSA pour le soutien financier et ICAP pour l'appui technique.

INTRODUCTION

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2012-2015 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.

En Côte d'Ivoire, 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.

Le présent cadre résulte d'une réflexion partagée de l'ensemble des acteurs et des partenaires sur les principaux défis de la mise en œuvre des interventions à base communautaire. Il rassemble toutes les dispositions en matière de soins et services à mettre en œuvre au niveau communautaire afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité de ces soins et services au sein de la communauté. Il propose des mesures de motivation de ces relais communautaires. Ainsi, ce document contribuera à la mise en œuvre intégrée des interventions retenues avec la pleine participation des communautés bénéficiaires, tout en tenant compte des spécificités de chaque localité.

I. QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Communauté

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire¹.

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 priorités².

Participation communautaire

C'est l'engagement actif de la population locale dans les décisions concernant les projets de développement y compris les programmes de santé et leur exécution. Elle contribue à l'appropriation du projet/programme ou de l'activité.

C'est un processus par lequel le système de santé amène les individus et les familles à prendre en charge leur propre santé et leur bien être comme ceux de la communauté à renforcer leur capacité à concourir à leur propre développement comme celui de la communauté.

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

¹ OMS 1999. Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 25 p.

² Manciaux, M et Deschamps J-P, la santé de la mère et de l'enfant, Flammarion médecine science 1978 p31

Interventions à Base Communautaire (IBC)

Ce sont des dispositions techniques à réaliser des activités au niveau de la communauté notamment la promotion, la prévention, la prise en charge et les soins palliatifs.

Il s'agit d'un ensemble d'actions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge des malades, à mettre en œuvre au sein des communautés.

Activités à Base Communautaire (ABC)

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

Intégration des interventions

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

C'est le fait 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 TIDC, pour la prise en charge du paludisme, la distribution des moustiquaires imprégnées, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage, l'administration de l'albendazole et de l'ivermectine dans les zones endémiques de la filariose lymphatique).

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

Acteurs de la santé communautaire

Il s'agit de tous ceux qui jouent un rôle dans la réalisation d'une intervention ou d'une activité pour l'atteinte d'un résultat ou d'un objectif de santé communautaire. Ils sont soit issus de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, soit d'autres secteurs tels que l'administration du territoire.

Agents de Santé Communautaire (ASC)

Il s'agit de tout membre de la communauté qui sert d'appui à la mise en œuvre effective d'une intervention ou activité au niveau de sa communauté sous la responsabilité de l'Agent de Santé dont il dépend. Cette définition prend en compte les éducateurs de pairs et les conseillers communautaires.

Conseiller Communautaire

Le CC 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 santé³.

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.

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

³ 36^e Assemblée Mondiale de la santé, OMS 1983

I. CONTEXTE DU PAYS

1-1 Contexte général

1.1.1. Contexte géographique

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et 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.

1.1.2. Contexte démographique

Le recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014 a dénombré 22 671 331⁴ habitants en Côte d'Ivoire.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,6% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (44% de la population totale a moins de 15 ans). En outre, 48,3% sont des femmes dont 51% sont en âge de reproduction. Quant aux enfants de 0 à 5 ans, ils représentent environ 18%. La fécondité est élevée et se traduit en 2014, par un taux brut de natalité de 35,7‰ et un indice synthétique de fécondité de 5 enfants par femme.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

En 2014, selon le RGPH, 49,7% de la population vivait en zone urbaine contre 50,3% en zone rurale.

⁴ Base de données sur la population, INS/Département de la démographie et des statistiques sociales, 2014

1.1.3. Contexte administratif

Selon l'ordonnance N°2011-262 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), quatorze (14) Districts et trente une (31) Régions administratives, 108 départements, 510 sous-préfectures, 197 communes et environ 11 000 villages.

1.1.4. Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gour).

Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) 2008, le taux de scolarisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Dans le primaire, ce taux est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons et 53,1% chez les filles. En milieu rural, il était de 49,8% et 68,2% en milieu urbain.

En 2012, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012⁵ estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 52%.

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

1.1.5. Contexte sociopolitique

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une désorganisation du système de santé.

⁵ Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012

1.1.6. 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.).

En 2013 et 2014, le taux de croissance était respectivement de 9,2% et 9%⁶. En 2014⁷, le PIB de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars par habitant. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTE ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et 2,4% en 2010.

L'Enquête de Niveau de Vie (ENV) des Ménages de 2008 a révélé un seuil de pauvreté à 48,9%. Ce seuil est de 29,5% en milieu urbain et de 62,5% en milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2013, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,452⁸.

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 32% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA) en 2013⁹.

La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part favorisent une reprise des activités économiques.

1.2. Organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien 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 1910 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains, 127 centres de santé urbains spécialisés et 32 formations sanitaires urbaines ; des hôpitaux de première référence avec 86 Hôpitaux Généraux (HG) et 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des hôpitaux

⁶ DCPE, cadrage macroéconomique, INS

⁷ World Development Indicators, World Bank 2009

⁸ Statistique mondiale

⁹ Statistiques 2013 de la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest

de deuxième 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 82 Directions Départementales de la santé ou Districts Sanitaires qui sont chargés de coordonner l'activité sanitaire dépendant 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 notamment 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 2013 leur effectif était de 22 799 prestataires dont 3694 Médecins, 337 Chirurgiens-dentistes, 664 Pharmaciens, 8 757 Infirmiers, 3 333 Sages-femmes, 1 983 Techniciens Supérieurs en Santé, 1 284 Aides-Soignants et 2 747 Agents d'Hygiène¹⁰.

L'existence d'un système de référence et de contre référence permet d'assurer la continuité des soins entre les différents niveaux.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Situation épidémiologique

2.1.1. 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.

En 2012, la mortalité maternelle s'élevait à 614¹¹ décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est essentiellement due aux hémorragies, aux dystocies, à l'éclampsie, aux complications des avortements, ainsi qu'aux infections post-partum.

¹⁰ Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé en Côte d'Ivoire 2009-2013

¹¹ EDS et MICS 2011-2012

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.

Concernant le suivi de la femme enceinte, la couverture en CPN1 est passée de 89% en 2012 à 88,2% en 2013. La couverture en CPN4 est passée de 34,92% en 2012 à 33,27% en 2013. On note une augmentation du taux d'abandon de la CPN qui est passé de 61% en 2012 à 62,29% en 2013.

Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié était de 53,60% (RASS 2013). L'EDS-MICS 2011-2012 estimait ce taux à 62,3%.

En 2012 la prévalence contraceptive moderne était seulement de 18%¹².

En 2011¹³, les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aigue chez les enfants étaient respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

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 hauts risques.

L'incidence nationale de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 15,04 pour mille en 2012 à 9,04 pour mille en 2013¹⁴.

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‰¹⁵ naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 125‰¹⁶ 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%).

¹² EDS-MICS 2011-2012

¹³ Enquête SMART 2011

¹⁴ RASS 2013

¹⁵ EIS 2005

¹⁶ EIS 2005

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 niveaux de couverture vaccinale¹⁷ des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) étaient moyens dans l'ensemble jusqu'à l'année 2010. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011¹⁸. On notait respectivement 90% et 74% pour le BCG, 84% et 62% pour le Penta 3 (DTCHepB3), 69,5% et 49% pour le VAR, 68,7% et 49% pour le VAA, et 80,6% et 58% pour le VPO3.

2.1.2. VIH/Sida et les IST

La Côte d'Ivoire est le pays le plus affecté de l'Afrique de l'Ouest par la pandémie du VIH/Sida qui reste une priorité nationale. L'action conjuguée de tous les partenaires de la lutte a permis de contenir cette pandémie et d'inverser son évolution. En effet, la prévalence est passée de 4.7% en 2005 (EIS) à 3.7% en 2012 selon les résultats de l'EDS 2011-2012.

Conformément aux recommandations internationales, la riposte nationale a axé ses interventions sur la prise en charge des patients et la prévention tout en focalisant ses actions en faveur des populations clés et populations prioritaires.

C'est une épidémie de type généralisé, caractérisée par la présence du VIH1 et du VIH2.

Selon l'EDS-MICS 2011-2012, les femmes sont les plus touchées par l'épidémie avec une prévalence de 4,6% contre 2,9% chez les hommes. Elle est de 3,1% en milieu rural et de 4,3% en milieu urbain. Les zones les plus touchées sont : Abidjan (5,1%), le Centre Nord (4,4%), le Sud Ouest (4,3%) et le Centre-Est (4%).

Selon l'ONUSIDA, en 2011 le nombre de PVVIH était de 450 000 dont 220 000 femmes de plus 15 ans et 63 000 enfants de 0 à 14 ans. Quant aux OEV, ils étaient au nombre de 410 000. Le VIH/Sida est responsable de 17 000 nouvelles infections par an dont 13 000 adultes¹⁹. C'est la 1^{ère} cause de mortalité chez l'adulte et la 2^{ème} chez la femme jeune avec 30 000 décès liés au sida dont 19 000 chez les adultes.

Les causes de la propagation du VIH sont principalement l'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie, le faible niveau de connaissance des populations des modes de transmission et des méthodes de prévention, les perceptions socioculturelles du VIH et Sida et les pratiques socioculturelles (excision, tatouage, piercing,

¹⁷ Plan Pluriannuel Complet (PPAC) PEV 2010

¹⁸ Couverture vaccinale 2011 – DCPEV

¹⁹ Rapport ONUSIDA 2011/Rapport Nationale GARP CI 2012

lévirat). Le multi-partenariat sexuel, le mariage précoce, le statut socio-économique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité, la mobilité de la population et ses déplacements consécutifs aux conflits armés, la stigmatisation et la discrimination participent également à la propagation de l'infection à VIH.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes et les jeunes filles victimes d'abus et de violences sexuelles, les couples sérodiscordants, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires, les enseignants, les routiers, les migrants, les personnes déplacées et les réfugiés, les populations carcérales, les travailleurs saisonniers, les jeunes filles et jeunes hommes sexuellement actifs travaillant dans le secteur informel, les personnes engagées dans le sexe transactionnel, les personnes qui s'injectent la drogue, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool associées à des comportements sexuels à risques, les hommes en armes, les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes ou MSM, les porteurs d'une IST.

2.1.3. 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 2013, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 106 ‰²⁰ contre 120‰ en 2012²¹, la cible du PNDS 2015 étant de 50‰ pour 2015. Selon les mêmes sources, le paludisme avait une prévalence de 302,61‰ en 2013 contre 352‰ en 2012 chez les enfants de moins de 5 ans et de 7% chez la femme enceinte²².

2.1.4. Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse et transmissible. Elle a connu une recrudescence avec l'avènement de l'infection à VIH.

En 2012, l'incidence était de 104 cas pour 100 000 habitants²³.

Selon le rapport annuel 2013 du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), 25 299 nouveaux cas ont été notifiés dont 60,2% de forme contagieuse TPM+ (Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive).

²⁰ RASS 2013

²¹ RASS 2012

²² EDS 2012

²³ RASS 2012

Parmi ces cas notifiés, on observe des cas de retraitement 5,9% (rechute, échecs et reprise après abandon). Le taux de notification est de 106 pour 100000 habitants pour tous les cas et de 64 pour 100000 habitants pour les formes contagieuses. La tranche d'âge la plus concernée est comprise entre 25 et 34 ans avec un sexe ratio de 1,6 homme pour 1 femme. La dominance masculine s'accroît entre 45-54 ans pour diminuer à 55 ans.

Le taux de succès thérapeutique est de 80%. La proportion de patients testés est de 89% avec une prévalence de la co-infection de 25% dont 54% ont été mis sous traitement ARV et 79% sous cotrimoxazole en 2012.

2.1.5. Autres maladies transmissibles

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 constituent les facteurs de risques.

2.1.6. Maladies non transmissibles

Elles restent dominées par les maladies nutritionnelles (28% de malnutrition chronique) et métaboliques (diabète sucré, 5,7% de la population adulte), les maladies cardio-vasculaires, les toxicomanies, les maladies bucco-dentaires, les maladies mentales et les cancers.

L'HTA est actuellement en nette progression et atteint une prévalence de 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans²⁴.

Chaque année, 15 000 nouveaux cas de cancers sont attendus. Parmi ces 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'utérus²⁵.

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%).

Le lymphome de Burkitt et les leucémies demeurent une préoccupation particulière chez l'enfant.

²⁴ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 – Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

²⁵ Sources : registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004

2.1.7. Affections odonto-stomatologiques, de la sphère ORL et ophtalmologiques

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 (35-44ans). On observe une recrudescence de pathologies lourdes telles que le noma, le Lymphome de Burkitt et les lésions buccales associées au VIH/Sida.

La prévalence de la cécité est estimée à 2% de la population générale. La cataracte est présente chez 1%²⁶ 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.

2.1.8. Tabagisme, accidents de la voie publique, stupéfiants, violences sexuelles

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 2005²⁷, 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 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 enquête²⁸ 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 derniers mois contre 10,41% de violences sexuelles et 89,59% de violences verbales dans la région d'Abidjan.

En 2012²⁹, 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.

2.1.9. Maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées

²⁶ Programme National de lutte contre la Cécité, document de politique, 2006

²⁷ Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005

²⁸ 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

L'ulcère de Buruli constitue un véritable problème de santé publique avec des cas d'infirmités permanentes enregistrés notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006³⁰.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, la bilharziose et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière.

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.

2.2. 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 5³¹.

2.3. Situation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Selon le rapport 2010³² sur les OMD, aucun OMD lié à la santé ne pourra être atteint en 2015 malgré les efforts du Gouvernement. Au sujet de l'OMD 1C, la tendance de l'insuffisance pondérale bien qu'étant à la baisse reste préoccupante (14% en 2012).

Concernant l'OMD 4, la mortalité infanto-juvénile bien qu'ayant connue une baisse demeure encore loin des OMD4 (51‰)³³.

La mortalité maternelle demeure élevée (614 décès pour 100 000 naissances vivantes) rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 à l'horizon 2015.

La lutte contre les pathologies inscrites dans l'OMD 6 constitue un défi majeur pour le système de santé ivoirien. La prévalence estimée du VIH et sida dans la population générale est passée de 6,9% en 2000 à 3,7% en 2012. L'incidence du paludisme en 2011 était importante et était 114,54 pour 1000 dans la population générale et chez l'enfant est de 352 pour 1000. Pour ce qui concerne la tuberculose, le taux de notification est de 106/100 000 en 2013.

³⁰ REPCI 2006

³¹ EDS et MICS 2011-2012

³² Rapport national 2010 sur l'avancée vers les OMD

³³ EIS 2005

2.4. Situation des interventions à base communautaire

2.4.1. Fondements des interventions à base 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 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 la participation communautaire pour soutenir la mise en œuvre de l'action sanitaire.

2.4.2. Situation socio-sanitaire

En Côte d'Ivoire, les principaux déterminants contribuant à 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,
- 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, qu'il est possible de prévenir ou de traiter par des interventions à moindre coût.

L'Etat ivoirien préoccupé par cette situation, a décidé, dans l'optique du renforcement des Soins de Santé Primaires, de développer la stratégie d'offre des services à base communautaire pour contribuer à la résolution des problèmes de santé.

2.4.3. Mise en œuvre des interventions à base communautaire

Les interventions à base communautaire consistent à charger des personnes issues de la communauté, d'offrir directement des services de santé bien définis à d'autres membres de la communauté sous la supervision du responsable du centre de santé, après avoir reçu une formation appropriée. Elles permettent ainsi aux individus et aux familles d'avoir accès à des soins de santé essentiels acceptables et abordables dans leur communauté, tout en les associant totalement au processus. Les interventions à base communautaire constituent une forme de décentralisation des services de santé. Elles permettent également d'assurer la continuité des soins de santé fournis dans les formations sanitaires au sein des communautés, tout en privilégiant l'environnement socioculturel.

En Côte d'Ivoire, ces interventions se font à travers la mise en place de structures communautaires d'appui à la santé (COGES des établissements sanitaires, Comités de Santé, ONG, Mutuelles de Santé) et la contribution des Agents de Santé Communautaires (membres de groupes de soutien aux actions spécifiques de santé, Conseillers Communautaires, Accoucheuses Traditionnelles, Praticiens de Médecine Traditionnelle, relais communautaires). Cependant, de nombreux problèmes (dysfonctionnements, démotivation, etc.) minent leur fonctionnement.

Par ailleurs, la promotion de la participation communautaire qui est partie intégrante du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires est insuffisante. Cette situation entraîne une faible contribution des communautés bénéficiaires aux actions de santé.

La participation communautaire est promue de diverses manières en Côte d'Ivoire. En effet, pour des raisons propres à certains partenaires financiers et techniques et pour les exigences de résultats l'utilisation des agents de santé communautaires (ASC), n'obéit à aucune règle. Chaque intervenant, voulant mettre en œuvre un projet de santé en milieu communautaire :

- identifie ses ASC, parfois sans tenir compte du district sanitaire et des communautés bénéficiaires, selon des critères qui leur sont propres et parfois les ASC sont simplement « importés » c'est -à-dire venus d'ailleurs ;
- développe ses documents de formation et outils de suivi/évaluation au gré de leurs intérêts sans intégration aucune des priorités nationales ;
- organise les formations de ses ASC avec des facilitateurs recrutés en dehors de ceux-là mêmes (ERS, ECD, Agents de santé) qui seront, à la fin du projet, chargés de pérenniser les actions ;

- met en œuvre ses activités, recueille ses données sur le terrain, parfois à l'insu des autorités sanitaires locales.

Lorsque ces intervenants en milieu communautaire, collaborent avec le système de santé national et local, il n'est pas rare de voir la mise en place d'un système parallèle qui, au lieu de renforcer l'existant, contribue à l'affaiblir.

Pour ce qui est de la motivation des ASC, chaque intervenant au niveau communautaire intéresse ses ASC selon ses propres barèmes. Cet intéressement va parfois jusqu'à l'octroi de primes excédant le salaire de certains travailleurs moyens voire des agents de santé (IDE, SFDE) chargés de superviser les ASC.

Cette disparité dans la mise en œuvre des interventions à base communautaire n'est pas de nature à garantir la pérennité des actions des ASC et démontre l'impérieuse nécessité de doter la Côte d'Ivoire d'un cadre consensuel. Ce cadre, dans lequel tous les acteurs se reconnaissent, va permettre d'harmoniser tous les aspects inhérents à l'utilisation des ASC dans la durabilité.

III. BUT ET OBJECTIFS

3.1. But

Le cadre de mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire a pour but l'optimisation des services et des soins aux populations dans le cadre de l'accès universel aux services de santé.

3.2. Objectifs

3.2.1. Objectif général

Contribuer à la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires en rendant disponibles, accessibles géographiquement et financièrement des soins et des services de bonne qualité au sein de la communauté.

3.2.2. Objectifs spécifiques

Le cadre de mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire vise spécifiquement à :

- définir les soins et services à mener au niveau communautaire ;
- mettre à disposition un cadre réglementaire régissant la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire ;

- assurer les soins et services de qualité aux communautés par des Agents de Santé Communautaires qualifiés ;
- définir un système de motivation pérenne des Agents de Santé Communautaires ;
- optimiser la collecte de l'information sanitaire communautaire ;
- développer des mécanismes efficaces de mise en œuvre, de coordination et de pérennisation des Interventions à Base Communautaires.

IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour atteindre les objectifs que se fixe le Ministère en charge de la santé, plusieurs stratégies seront mises en œuvre.

4.1. Information, Education, Communication / Communication pour le Changement de Comportement /Communication pour le Développement (IEC/CCC/C4D)

L'IEC/CCC/C4D visera : (i) à renforcer les connaissances des familles et des communautés sur leurs problèmes de santé, (ii) à les habiliter à travers la promotion des pratiques familiales essentielles en vue de l'adoption de comportements favorables à la santé.

4.2. Offre des services au niveau communautaire

Elle consistera à renforcer les capacités des ASC en vue de la prise en charge de certains cas simples de maladies au sein des communautés. Cela se fera conformément aux directives nationales déclinées en protocoles simples de prise en charge adaptés à leur niveau d'instruction. Un suivi rapproché des ASC sera nécessaire. Par ailleurs, les ASC devront agir tout en ayant une claire connaissance de leurs limites.

4.3. Référence/Orientation

La référence/orientation des cas de maladies vers les structures de santé se fera sur la base des signes de danger et des plaintes des malades qui auront été enseignés aux ASC.

Les agents de santé de ces structures seront mobilisés pour faciliter la prise en charge des cas orientés par les ASC.

4.4. Formation

Elle consistera à renforcer les capacités des ASC ainsi que celles de leurs superviseurs en vue de l'amélioration continue de la qualité des interventions menées qu'elles soient préventives, promotionnelles ou curatives.

4.5. Suivi/Evaluation

Le Suivi/Evaluation consistera en des supervisions régulières des ASC, des monitorages semestriels de leurs activités notamment des PFE.

Par ailleurs, des évaluations périodiques seront diligentées pour mesurer l'impact des interventions des ASC et des recherches/actions conduites indépendamment aideront à améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions à base communautaire.

V. INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

Pour atteindre les objectifs fixés, plusieurs interventions ont été identifiées en tenant compte des directives des différents programmes de santé.

Tableau I : Principales activités en fonction des interventions

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<i>Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIMNE-C)</i>	<ul style="list-style-type: none">- Soins appropriés à domicile pour les maladies suivantes : diarrhée, paludisme (PECADOM), pâleur, toux/rhume, pneumonie, nez bouché, blessures, accidents. (cf. Guide national de formation des ASC)- Activités de référence /orientation au centre de santé
<i>Promotion des pratiques familiales clés pour la survie du nouveau-né et de l'enfant</i>	<ul style="list-style-type: none">- Sensibilisation des ménages sur la croissance physique et le développement psychomoteur de l'enfant (pesée, mensuration, suivi de la position assise, debout, marche).- Prévention des maladies : conseils et suivi des vaccinations, supplémentation en vitamine A, distribution et sensibilisation à l'utilisation de la MILDA, IEC/CCC, visites à domicile,- Orientation des ménages vers le centre de santé,- Conseils pour les soins et suivi de la mère et du nouveau-né.

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<p><i>Promotion de l'hygiène, de l'assainissement, de l'utilisation de l'eau potable et gestion des déchets sanitaires</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D (hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, hygiène de l'eau et du cadre de vie y compris le désherbage, lavage des mains, gestion des déchets et des eaux usées), - Gestion des déchets sanitaires (Tri à la production et pré-collecte des déchets) - Surveillance (hygiène alimentaire, hygiène publique et hygiène en situation d'urgence), - Sensibilisation à l'utilisation des latrines améliorées, - Potabilisation de l'eau.
<p><i>Prise en charge intégrée des Maladies Tropicales Négligées (onchocercose, filariose lymphatique, géo helminthiases, ulcère de Buruli, lèpre, trachome, Noma, Pian, Dracunculose, schistosomiasis et trypanosomiase humaine africaine)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de masse intégré (administration de médicaments) de l'onchocercose, de la filariose lymphatique, des géo helminthiases et des schistosomiasis, - Détection et orientation des personnes présentant des troubles visuels ou autres anomalies liées aux Maladies Tropicales Négligées (MTN), - Prise en charge des groupes spécifiques (riziculteurs, bouviers/nomades, migrants, extracteurs de sable dans les fleuves, etc.), - Recherche active des cas de MTN, - Référence /orientation des cas de MTN, - IEC/CCC/C4D.
<p><i>Prise en charge de la Tuberculose au niveau communautaire (DOT communautaire)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Référence/orientation précoce des tousseurs chroniques, - Suivi de la prise des médicaments antituberculeux (DOT), - Recherche des malades irréguliers aux traitements antituberculeux, - IEC/CCC/C4D.
<p><i>Surveillance intégrée des maladies au niveau communautaire</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement/Notification des cas (maladies cibles du PEV, maladies à potentiel épidémique, paludisme, dracunculose, décès maternel, néonatal et infantile, etc.) et les maladies non transmissibles, - Rapportage des cas aux responsables des

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
	réseaux de surveillance et/ou aux formations sanitaires.
<i>Campagnes intégrées d'administration de vaccins, de médicaments, et distribution de produits</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation communautaire avant, pendant et après les campagnes, - Administration de vaccin polio oral, Vitamine A, Déparasitant, - Distribution de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) et suivi de leur utilisation.
<i>Santé Maternelle et infantile</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation communautaire et IEC/CCC/C4D sur l'importance de la Consultation Périnatale recentrée, de l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la consultation post natale, la Planification Familiale et des violences sexuelles et domestiques et des fistules obstétricales, - Promotion de la vaccination de routine : explications et suivi du calendrier vaccinal mère-enfant, les avantages liés à la vaccination, définition communautaires des maladies cibles du PEV, avantages de l'administration de la vitamine A, - Promotion de l'utilisation des MILDA distribués en routine (CPNr et vaccination) - Recherche active des femmes enceintes et des enfants perdus de vue - Suivi des femmes enceintes : explication de l'importance du respect du rendez-vous des Consultations Périnatales, recherche des signes de danger, - Suivi des femmes accouchées : explications des avantages de l'allaitement maternel exclusif et de l'importance des Consultations post natale - Suivi des nouveaux nés à domicile, - Détection et référence/orientation des cas compliqués, des signes de danger et des fistules obstétricales - Réapprovisionnement des contraceptifs oraux, distribution des préservatifs et suivi des femmes sous contraceptif

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<i>Santé mentale : Epilepsie, troubles mentaux, toxicomanie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche active des cas de troubles mentaux et d'épilepsie, - Sensibilisation à la déclaration des cas de troubles mentaux et d'épilepsie et explication de l'importance de la référence au centre de santé, - IEC/CCC/C4D en hygiène mentale, sur l'acceptation des malades épileptiques, sur les dangers liés à la consommation des drogues, stupéfiants et alcool.
<i>Traumatismes et accidents de la voie publique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/ C4D sur la prévention de traumatisme par le port de casques et ceinture de sécurité (motocyclistes, travailleurs de chantiers, automobiliste), - Pose de gestes de premiers secours.
<i>Rééducation à Base Communautaire des Enfants Vivant avec les Handicaps/ Réhabilitation à base communautaire des personnes avec un handicap</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/ C4D - Recensement des enfants ou toute personne en situation de handicap, - Pose de gestes simples pour améliorer le confort des malades, - Référence/orientation des cas dans les établissements sanitaires, - Suivi des patients appareillés ou non.
<i>Lutte contre les IST/ VIH/Sida</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D, - Soins et Soutien aux PVVIH et aux OEV : Education au traitement et à l'observance, animation de groupe d'auto-support et groupe de soutien, identification des besoins, 07 soutiens aux OEV, Santé Positive, Dignité et Prévention (SPDP), soins palliatifs - Référence active/orientation - Promotion du dépistage volontaire, - Promotion de l'utilisation du préservatif - Recherche active des perdus de vue des malades sous traitement ARV, - Sensibilisation sur la PTME

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<i>Prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage des cas de malnutrition, - Traitement communautaire des cas - Référence/orientation des cas, - Recherche des perdus de vue, - Suivi des cas traités, - IEC/CCC, - Education nutritionnelle.
<i>Lutte contre le paludisme</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D, - Diagnostic et prise en charge des cas simples de paludisme à domicile (PECADOM), - Détection et référence/orientation des cas graves, - Promotion de l'utilisation de la MILDA, - Recherche des perdues de vue (Femmes enceintes non assidues pour CPN/TPI).
<i>Gestion des urgences (morsures venimeuses, accidents domestiques) et des situations de catastrophes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D, - Prise en charge des cas par des « gestes qui sauvent », - Contribution à l'évaluation rapide des risques sanitaires, - Participation à l'organisation des secours, - Référence/orientation des cas.
<i>Promotion du don de sang</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D pour le don du sang.
<i>Lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, HTA, diabète, drépanocytose, cancers du col de l'utérus, cancer du sein)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - IEC/CCC/C4D, - Détection des cas - Recherche des personnes présentant des facteurs de risques, - Référence/orientation des cas, - Conseils hygiénodietétiques - Suivi des malades sous traitement.

VI. PRINCIPAUX ACTEURS ET LEURS MISSIONS

Plusieurs acteurs participent ou contribuent à la mise en œuvre des interventions à base communautaire. Ils sont issus de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de l'administration du territoire, des collectivités locales, de la communauté, des ONG, des Organisations de la Société Civile (OSC), des partenaires et des autres secteurs de l'administration.

6.1. Acteurs sanitaires

Tableau II : Missions et rôles selon le type d'acteurs du système de santé

Niveau	Acteurs	Missions/rôles
Niveau central	Les Directions centrales, les Services centraux et les Programmes de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer, réviser, valider et diffuser, les documents de référence nécessaires à la mise en œuvre des interventions (politiques, textes réglementaires, stratégies, normes, standards, outils, supports, etc.), - Identifier les cibles stratégiques, - Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, - Organiser des réunions de coordination des interventions des programmes et autres services de santé - Suivre/évaluer les interventions des programmes et autres services de santé, - Intégrer les indicateurs du niveau communautaire dans le SIG, - Recueillir, compiler, analyser les rapports des activités communautaires pour la prise de décision - Organiser des réunions de coordination de mise en œuvre du cadre des interventions à base communautaire, - Rendre disponible les intrants au niveau des régions et des districts - Identifier les interventions à mener au niveau communautaire, - Elaborer, actualiser et diffuser les modules de formation, - Former les formateurs, - Mobiliser des ressources pour le paiement des primes de motivation des ASC - Mobiliser des ressources matérielles pour la motivation des ASC - Associer les Directions Techniques des autres Ministères dans la mise en œuvre des

Niveau	Acteurs	Missions/rôles
		interventions à base communautaire
Niveau régional	Equipes Régionales de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources, - Intégrer le volet communautaire dans la supervision des ECD (Equipe Cadre du District) - Former les ECD aux activités communautaires - Faire le suivi de la formation des ASC par l'ECD - Recueillir, compiler, analyser les rapports des activités communautaires et les transmettre au niveau central - Organiser des réunions régionales de coordination des interventions à base communautaire, - Suivre la traçabilité des intrants et des outils de gestion disponible au niveau des districts - Faire le suivi de l'exécution des contrats entre les partenaires et les Agents de Santé Communautaires, - Délivrer les attestations de participation aux formations des ASC
Niveau district	Equipes Cadres de District (ECD)	<ul style="list-style-type: none"> - Former les responsables des ESPC pour la mise en œuvre des IBC, - Equiper les responsables des ESPC en outils de gestion des interventions à base communautaire - Superviser les responsables des ESPC sur la mise en œuvre des IBC - Organiser des réunions de coordination des interventions à base communautaire. , - Faire le suivi/évaluation des activités des ASC - Recueillir, compiler, analyser les rapports des activités communautaires et les transmettre au niveau régional - Rendre disponible les médicaments, intrants et des outils de gestion au niveau des ESPC, - Mobiliser les ressources financières, matérielles et humaines pour la mise en œuvre des IBC, - Suivre l'exécution des contrats de prestation signés ainsi que le respect des différentes formes de motivation/rémunération des ASC - Susciter et suivre la mise en place des comités de Santé chargé de la sélection des ASC

Niveau	Acteurs	Missions/rôles
		<ul style="list-style-type: none"> - Suivre la mise en place des Comités de Gestion
	<p>Responsables des ESPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés et les ressources locales, - Associer les praticiens de la médecine traditionnelle à la mise en œuvre des IBC. - Mettre à la disposition des communautés, les critères pour le choix des ASC, - Former les ASC - Organiser le monitoring des activités communautaires - Superviser les ASC - Prendre en charge les cas référés par les ASC, - Organiser des réunions mensuelles avec les ASC, - Recueillir, compiler, analyser, transmettre les données communautaires au niveau du district - Rendre disponible les intrants et les outils de gestion au niveau des ASC.

6.2. Autres acteurs

Tableau III : Répartition des missions et rôles selon les autres acteurs

Acteurs	Missions/rôles
Corps préfectoral	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer les ASC par arrêté préfectoral sur proposition de la communauté - Installer officiellement les ASC, - Mobiliser les communautés - Faire la promotion des ASC.
Conseils régionaux	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC (moyens de locomotion, activités génératrices de revenus, soutien financier, utilisation en priorité dans les activités à haute intensité de main d'œuvre), - Participer à l'installation officielle des Agents de Santé communautaires, - Mobiliser la communauté - Faire la promotion des ASC - Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions.
Mairies	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC (moyens de locomotion, activités génératrices de revenus, soutien financier, utilisation en priorité dans les activités à haute intensité de main d'œuvre), - Participer à l'installation officielle des ASC, - Mobiliser la communauté - Faire la promotion ASC - Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions.
Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des IBC et à la motivation des ASC, - Participer au choix des ASC, - Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des ESPC - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination
Comités de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Mobiliser les ressources locales, - Conduire le processus de sélection des ASC, - Participer à la mise en œuvre des interventions à base communautaire, - Participer aux réunions de coordination organisées par les

Acteurs	Missions/rôles
	responsables des ESPC - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination collaboration avec le CVD et le CDQ.
Comités de Gestion des Etablissements Sanitaires	- Mobiliser les communautés, - Mobiliser les ressources locales, - Participer au processus de sélection des ASC, - Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des ESPC - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination en collaboration avec le Comité de santé, - Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires.
ONG/Associations locales	- Mobiliser les communautés, - Contribuer à la mobilisation des ressources, - Participer au processus de sélection des ASC, - Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires - Contribuer au suivi/supervision des interventions en collaboration avec les autorités sanitaires, - Faire le rapportage des activités communautaires au responsable du centre de santé, - Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD - Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination.
Agents de Santé Communautaire (ASC)	- Mobiliser les communautés, - Mettre en œuvre les interventions (prévention, prise en charge des cas simples, référence/ orientation, gestion des intrants) au niveau communautaire, - Impliquer les relais communautaires dans la mise en œuvre des IBC, - Participer aux sessions de formations et de mise à niveau, - Participer aux réunions mensuelles à l'ESPC, - Recueillir les données communautaires, - Renseigner le rapport mensuel et le transmettre au responsable de l'aire de santé - Réaliser le monitoring des activités communautaires avec l'appui du responsable de l'aire de santé
Praticiens de la médecine	- Participer aux sessions de formations et de remise à niveau,

Acteurs	Missions/rôles
traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la mobilisation des communautés, - Faire l'IEC/CCC, C4D - Référer/Orienter les cas, - Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.
Leaders d'opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations)	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les communautés, - Mobiliser les ressources, - Participer au processus de sélection des ASC, - Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC, - Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.

VII. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

7.1. Gestion des acteurs

L'ensemble des acteurs cités plus haut dispose d'un cadre d'intervention défini à l'exception des ASC.

7.2. Processus de sélection des ASC

7.2.1. *Qui peut être Agent de Santé Communautaire (ASC) ?*

Toute femme ou tout homme volontaire qui répond aux critères suivants :

- Etre âgé d'au moins 18 ans,
- Savoir lire et écrire le Français,
- Etre reconnu dans sa communauté,
- Résider dans sa communauté,
- S'exprimer dans la langue locale de sa communauté,
- Etre reconnu comme étant de bonne moralité par sa communauté,
- Être disponible,
- Être altruiste,
- Avoir une activité génératrice de revenus,
- Etre marié (e) de préférence (plus de chance de rester sur place et d'être accepté en matière de santé familiale).

7.2.2. Comment choisir un Agent de Santé Communautaire ?

L'ASC est choisi par la communauté elle-même avec l'appui du responsable de l'ESPC, de l'équipe cadre de district et des responsables d'ONG locales. Cet appui consistera à informer la communauté et l'inviter à s'approprier les critères, les procédures du choix et les tâches de l'ASC. Les choix de complaisance doivent être évités.

- Le Comité de Santé met en place le Comité de Sélection des ASC avec l'appui du responsable de l'ESPC. Ce comité de sélection doit être composé d'au moins :
 - le Chef de village et/ou ses notables,
 - le Chef de quartier et/ou son représentant,
 - le Président du CDQ ou CDV,
 - le Président de l'association des jeunes,
 - la Présidente de l'association des femmes,
 - les chefs religieux,
 - un représentant des ONG locales,
 - un représentant de chaque communauté vivant dans le quartier ou le village.

Le Chef de village ou de quartier est le Président du Comité de Sélection. L'agent de santé responsable de l'aire de santé participe à la réunion du comité de sélection avec voix consultative.

- le CDQ/CDV après sensibilisation et concertation, propose des candidats. Lors d'une réunion générale de tout le quartier ou village, les ASC seront choisis par consensus et par répartition géographique et équitable parmi ceux qui remplissent les critères sus-cités.
- Le nombre d'ASC à choisir dépendra de l'importance de la population et de la charge du travail de l'ASC. Le ratio ASC/population peut varier entre 1 ASC pour 250 habitants (25 à 30 ménages) à 1 ASC pour 500 habitants (50 à 60 ménages).
- Le choix se fera en tenant compte de l'approche genre.

La réunion de sélection est sanctionnée par un procès-verbal (PV) rédigé par le secrétaire du Chef et signé par les membres du comité de sélection. Ce PV est 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 préfet pour la prise de l'arrêté de nomination de l'ASC.

L'ASC doit être officiellement investi par l'autorité préfectorale en présence des autorités sanitaires, des ONG locales, des partenaires, des autorités religieuses, des collectivités, des

autorités administratives locales et coutumières.

Pour ce qui concerne le choix des conseillers communautaires, la sélection obéira aux critères définis par l'ONG.

7.2.3. Quels types d'ASC peut-on avoir ?

Il y a trois types d'ASC :

- **ASC de Base**
- ASC Coach
- ASC Educateurs de Pairs

➤ ASC de Base

L'ASC de Base est l'ASC tel que défini plus haut.

➤ ASC Coach

L'ASC Coach est un ASC identifié parmi ses collègues pour être leur guide, leur leader. Pour ce faire, il doit :

- avoir un leadership ;
- avoir un sens poussé de la responsabilité ;
- être un rassembleur.

Un ASC Coach peut encadrer cinq (05) à dix (10) ASC.

➤ ASC Educateur de Pair

L'ASC Educateur de Pair est un ASC qui, pour des similitudes qu'il a avec un groupe cible, est à même de les amener à adopter des comportements favorables à la Santé. Il s'agit d'un ASC qui vit la même situation qu'un membre de la communauté. Il peut être :

- un Conseiller Communautaire (personne infectée ou affectée par le VIH)
- une personne vivant avec une maladie chronique (VIH et Sida, diabète, hypertension Artérielle, asthme, drépanocytose).
- une mère modèle en termes de suivi de la santé de son ou ses enfants (allaitement exclusif, vaccination, pesée) et de ses CPN.

7.3. Services offerts par l'ASC

Les tâches/fonctions de l'ASC sont à priori déterminées par les responsables sanitaires en accord avec la communauté et restent dans les limites suivantes :

➤ **Services administratifs et de gestion**

- L'ASC doit recenser la population de sa zone d'intervention (nom, prénoms, âge, sexe, concession / ménage, etc.) et consigner les données de recensement dans le cahier de l'Agent de Santé Communautaire pour les activités de promotion de la santé
- Il met à jour les informations sur les naissances et les décès ;
- Il fait régulièrement des rapports d'activités qu'il transmet au responsable de l'ESPC qui couvre sa zone d'intervention ;
- Il informe régulièrement la communauté sur la situation épidémiologique de sa zone d'intervention ;
- Il assure la gestion des intrants et des médicaments mis à sa disposition.

➤ **Services sanitaires**

✓ *Activités promotionnelles et préventives*

- Il mène les activités d'IEC/CCC/C4D ;
- Il organise des activités d'assainissement ;
- Il participe à la distribution à base communautaire de médicaments et intrants y compris les traitements de masse ;
- Il fait le dépistage et le suivi communautaire de certaines affections ;
- Il participe à la vaccination ;
- Il participe à la Surveillance épidémiologique des maladies ;
- Il fait la référence/orientation des cas de maladies ;
- Il participe aux activités de développement communautaire et aux actions humanitaires.

✓ *Services curatifs et palliatifs*

- Il participe au traitement des affections simples et courantes ;
- Il fait le suivi de l'observance des traitements prescrits par l'agent de santé ;
- Il apporte des soins et soutiens aux personnes souffrant de maladies chroniques.

Ces tâches peuvent varier selon les besoins.

➤ **Visites à domicile (VAD).**

Les VAD constituent des occasions pour l'ASC de mener des activités de proximité (promotionnelles, préventives et curatives) et de rechercher les perdus de vue.

7.4. 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, le Conseiller Communautaire travaille 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 habitants (25 à 30 ménages) à 500 habitants (50 à 60 ménages).

7.5. Formation

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 six (06) 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 et de la Médecine de Proximité, en collaboration avec les programmes de santé et doit tenir compte des éléments suivants :

- La formation des ASC 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, puis suivi d'une phase pratique dans la communauté.
- La formation sera sanctionnée d'une attestation de participation délivrée à l'ASC par le Directeur Régional de la santé.

7.6. Supervision

La supervision est un élément très important dans la motivation et consiste à observer l'ASC dans l'exécution de ses tâches en vue de renforcer ses compétences.

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 des ASC est mensuelle et est faite par le responsable de l'ESPC.

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).

La supervision se fait à l'aide d'outils élaborés à cet effet.

7.7. Motivations

La motivation ou rémunération des ASC est d'une importance capitale eu égard aux tâches et fonction qui leur sont confiées. Elle est également importante en tant que stimulant qui contribue à entretenir l'intérêt de l'ASC pour son travail. Une motivation adéquate et régulière de l'ASC est essentielle pour les fidéliser dans leur fonction.

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

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

La motivation des Conseillers Communautaires restera à la charge des ONG et des Structures sanitaires communautaires. Les ASC Coach bénéficieront de primes de supervision.

7.8. Sanction

L'ASC sera sanctionné en cas de fraude, de malversation dans l'exercice de ses tâches. Les sanctions vont selon les étapes suivantes : avertissement, blâme, suspension et radiation, traduction devant les autorités judiciaires

7.9. Gestion des activités

7.9.1. Gestion des médicaments et intrants (médicaments essentiels, MILDA, préservatifs)

- L'ASC bénéficiera d'une dotation de base en intrants et médicaments par l'ESPC dont il relève pour le démarrage de ses activités.
- Le réapprovisionnement se fera au niveau de la formation sanitaire sur la base des besoins estimés et des rapports d'activités par l'ASC en collaboration avec les agents de santé de l'ESPC.
- Certains intrants non gratuits (tels que les préservatifs fournis par la NPSP) seront cédés aux populations par l'ASC aux prix homologués.
- Les fonds recouverts par la vente des médicaments doivent être reversés à l'ESPC.

7.9.2. Gestion des informations et Monitoring des activités

L'ASC disposera des supports/outils simplifiés sous forme de registre ou cahier pour :

- enregistrer les activités quotidiennes curatives, préventives et promotionnelles
- rapporter la gestion quotidienne des médicaments essentiels, MILDA, préservatifs, déparasitant, vitamine A, pilules, etc.
- rapporter la gestion financière quotidienne (recettes et dépenses) pour les intrants non gratuits
- rapporter mensuellement le bilan des activités de soins curatifs, préventifs et de gestion des produits.

Les outils seront conçus par les programmes de santé sous la coordination de la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) avec la participation des acteurs concernés (Direction Régionale, Districts sanitaires, OSC, ASC). Ces outils seront testés et validés en collaboration avec la Direction de la Prospective, de la Planification de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS).

L'ASC participera aux réunions mensuelles de l'ESPC pour le partage des informations collectées. Il réalisera le monitoring des interventions communautaires et participera également au monitoring semestriel du Paquet Minimum d'Activités (PMA) de l'ESPC.

Les données collectées dans l'outil intégré (cahier de l'ASC) doivent être analysées et utilisées pour la prise de décisions aux différents niveaux du système sanitaire national. Le rapportage de ces données s'intègre dans le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS).

7.9.3. Matériels et outils de travail

Pour mener à bien ses activités, l'ASC sera équipé d'un kit constitué des éléments suivants :

- Un badge d'identification d'ASC signé par le Directeur Régional 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,
- Une 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.

7.10. Cadre institutionnel

7.10.1. Coordination

La coordination des Interventions à Base Communautaire se fera à travers un plan d'action et des réunions régulières aux différents niveaux du système sanitaire.

❖ Niveau central

La Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) :

- coordonne la mise en œuvre des interventions à base communautaire et veille à l'application du présent document cadre ;
- fait le plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières auprès de l'Etat, des Partenaires et d'autres donateurs pour la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire ;
- favorise la mise en place d'une plateforme de collaboration avec les directions techniques des ministères impliqués dans les activités communautaires
- est chargée de l'élaboration des stratégies, des différents documents techniques, des modules de formation, des outils/supports, de la définition des indicateurs et assurera leur validation en collaboration avec toutes les parties prenantes.

❖ Niveau régional

La Direction Régionale de la Santé est chargée de la coordination des IBC au niveau régional à travers l'Equipe Régionale de Santé (ERS).

❖ Niveau du district

La coordination des IBC au niveau du district est assurée par l'Equipe Cadre de District (ECD).

❖ Niveau ESPC

La coordination des IBC au niveau de l'aire sanitaire est assurée par le responsable de l'ESPC.

- Il organise les réunions mensuelles de l'aire sanitaire ;
- Il organise les supervisions mensuelles des ASC de son aire sanitaire ;

- Il compile les rapports mensuels des activités des ASC, qu'il transmet au District ;
- Il coordonne la micro planification des activités communautaires de l'aire sanitaire.

❖ Niveau communautaire

La coordination des IBC est assurée par le Comité Villageois de Développement (CVD) ou le Comité de Développement de Quartier (CDQ)

- Le CVD ou (CDQ) veille à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire et développe des mesures de pérennisation.
- l'ASC doit faire un compte rendu trimestriel de ses activités au CVD ou CDQ

7.10.2. Collaboration multisectorielle

Les secteurs non sanitaires, notamment : le Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MSFFE) ; le Ministère de la Communication ; le Ministère l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique (MENET) ; le Ministère d'Etat, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité (MEMIS) ; Ministère de l'Agriculture (MINAGRI), Ministère des Eaux et Forêt, Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP), Ministère délégué auprès du Président de la République chargé de la Défense, Ministère de la Promotion de la Jeunesse, des Sports et Loisirs, Ministère des Infrastructures Economiques (MIE), Ministère de l'Environnement et de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable) et les partenaires (PMO, PTF, ONG/Associations) sont impliqués dans la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire à travers les organes de coordination aux différents niveaux dont ils font partie.

7.11. Suivi/Evaluation

Un Comité de suivi sera mis en place par la DSCMP. Il sera composé de la DSCMP, des responsables des programmes de santé, des directions ou services de santé concernés par les IBC et des partenaires.

Le suivi /évaluation de ce cadre des Interventions à Base Communautaire se fera à travers les indicateurs qui seront définis dans le plan stratégique.

CONCLUSION

Le cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire est un précieux outil pour l'ensemble des acteurs de la santé pour l'amélioration de l'état de santé des populations. Dans un contexte d'accès universel aux soins et services de santé, ce document cadre traduit la volonté du Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, de garantir à tous, un état de santé, quel que soit le lieu de résidence. Il permettra de contribuer de

manière plus efficace à l'émergence de la Côte d'Ivoire à l'horizon 2020.

Les principales stratégies et les interventions retenues dans le cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire sont orientées vers le prolongement du système de santé dans la communauté en impliquant toutes les parties dans la lutte contre la maladie, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la promotion de la participation communautaire et la médecine de proximité.

Ce cadre constitue pour les années à venir, la boussole qui va désormais orienter tous les acteurs de la santé communautaire, pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de Côte d'Ivoire.

La mise en œuvre effective de ce cadre nécessite son appropriation par tous les acteurs de la santé, de la société civile, des communautés et les partenaires au développement.