



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



REVUE A MI-PARCOURS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021

RAPPORT



Breakthrough
ACTION + RESEARCH
FOR SOCIAL & BEHAVIOR CHANGE



World Health
Organization



LeFonds mondial



Table des matières

RESUME EXECUTIF.....	7
INTRODUCTION	11
1 CONTEXTE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE	11
2 VISION ET CADRE INSTITUTIONNEL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE	13
2.1 Vision de la santé communautaire.....	13
2.2 Cadre Institutionnel de la santé communautaire	14
3 RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021.....	15
3.1 But et résultats attendus.....	15
3.2 Orientations stratégiques.....	15
3.2.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire	15
3.2.2 Axe stratégique 2 : Renforcement de la participation et de l'engagement des communautés et des collectivités locales	16
3.2.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires	16
3.2.4 Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	16
3.2.5 Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire	17
4 ANALYSE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2017-2021 A MI-PARCOURS (FIN 2019).....	17
4.1 Justification de la revue à mi-parcours	17
4.2 Approche méthodologique	18
4.3 Analyse de la mise en œuvre du PSNSC de 2017 à 2019	18
4.3.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire	18
4.3.2 Axe stratégique 2 : Renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales.....	21
4.3.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires	22
4.3.4 Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	24
4.3.5 Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire	26
5 LECONS APPRISES	31
6 RECOMMANDATIONS.....	32
6.1 Au MSHP.....	32

6.1.1	Au Cabinet du Ministre.....	32
6.1.2	A la Direction en charge de la santé communautaire	32
6.1.3	Aux autres structures tant du MSHP que des autres ministères techniques intervenant dans la santé communautaire	33
6.2	Aux Communautés	33
6.3	Aux partenaires techniques et financiers.....	33
CONCLUSION		34
ANNEXES.....		36
ANNEXES 1 : DESCRIPTION ET DONNEES DE BASE DU PSN-SC.....		36
ANNEXES 2 : MATRICE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN-SC.....		42
ANNEXE 3 : ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2017-2021		72
ANNEXE 4 : RESULTATS DE LA COLLECTE DE DONNEES.....		73
ANNEXE 5 : GUIDES D'ENTRETIEN		83
ANNEXE 6 : LISTE DE PRESENCE DE L'ATELIER DE REVUE DU PSNSC 2017-2021		94

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	: Agent de Santé Communautaire
CC	: Conseiller Communautaire
CCPISC	: Cadre de Concertation Permanent sur les Interventions de Santé Communautaire
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
CI	: Côte d'Ivoire
CNCSC	: Comité National de Coordination de la Santé Communautaire
COGES	: Comité de Gestion
COLTMR	: Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
CSAS	: Chargé de Service Action Sanitaire
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
CVS	: Comité Villageois de Santé
DGS	: Direction Générale de la Santé
DHIS 2	: District Health Information Software 2 / Logiciel d'information sanitaire du district
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
ECD	: Equipe Cadre de District
EdM	: Ecole des Maris
EMC	: Equipe de Mobilisation Communautaire
EPN	: Etablissement Public National
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FENOSCI	: Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
GF	: Groupement Féminin
GFF	: Global Financing Facility (Plan de Financement Global de la santé)
ICAP	: International Center for Aids Care and treatment Programs
ICASA	: Conférence Internationale sur le VIH/sida en Afrique
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MUAC	: Mid Upper Arm Circumference
NPSP	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAC-CI	: Programme ANSR Coopération Côte d'Ivoire / ANRS =Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief /Plan Présidentiel Américain d'Urgence pour la Lutte Contre le VIH/SIDA
PHPCI	: Primary Health Care Performance Initiative
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMI	: Program Malaria Impact
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSNSC	: Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RIP+	: Réseau Ivoirien des organisations de Personnes vivant avec le VIH-sida
ROLPCI	: Réseau des Organisations de Lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire
SFDE	: Sage-Femme Diplômée D'Etat

SNIS : Système National de l'Information Sanitaire
SRO : Solution de Réhydratation Orale
SSP : Soins de Santé Primaires
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication
UVICOCI : Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire

REMERCIEMENTS

Le processus ayant conduit à l'évaluation à mi-parcours du PSNSC est un exemple parfait de collaboration d'une part entre le ministère de la Santé et ses partenaires et, d'autre part entre les différents services du niveau central et du niveau déconcentré au sein même du Ministère.

C'est en cela que la Direction de la Santé Communautaire et le Groupe Technique de Travail (GTT) de la santé communautaire voudraient, avant toute chose, adresser leurs sincères remerciements :

- Au **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique** à travers :
 - le Cabinet du Ministre de la Santé et la Direction Générale de la Santé (DGS) pour avoir autorisé et permis la réalisation de cette revue à mi-parcours du PSNSC,
 - l'Unité de Coordination des Projets du Fonds Mondial (UCP-FM) pour son appui financier,
 - et la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) pour son appui logistique et son appui en ressources humaines ;
 - les autres Directions centrales et les Programmes de santé pour leur appui logistique et en ressources humaines
- Aux **Partenaires Techniques et Financiers** : Organisation Mondial de la Santé (OMS), *Fonds des Nations Unies pour l'Enfance* (UNICEF), Save The Children, ALLIANCE-CI, HP+, ONG MUSO, ANADER, Breakthrough Action, Impact Malaria pour leurs appuis logistique, technique et financier.
- Aux **autres Ministères et Organisations de la Société Civiles** pour leurs diverses contributions.
- Aux **Docteurs CIRO Franco et ABO Kouamé**, Consultants.
- Aux **autorités sanitaires des Régions et Districts visités** ainsi qu'à leurs collaborateurs immédiats pour avoir tout mis en œuvre pour la réussite de la mission de collecte de données.
- **Aux Responsables des Etablissements de soins retenus dans le cadre de notre travail**, qu'ils soient **Médecins Chefs, infirmiers ou Sages-femmes pour leur disponibilité.**

Partout ils se sont montrés accueillant et se sont prêtés volontiers à l'exercice de la revue, parfois même, au-delà des jours et heures réglementaires de travail,

Dans tous les cas, puisse chacun trouver entre ces lignes l'expression de notre profonde gratitude.

RESUME EXECUTIF

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a entrepris depuis quelques années une série de réformes visant à renforcer le système de santé au niveau communautaire. Ces réformes visent à reconnaître la santé communautaire comme une partie intégrante de la pyramide sanitaire. Elles adressent également l'harmonisation des approches communautaires en vue d'offrir un paquet intégré, élément indispensable pour un impact réel de nos interventions. A cet effet, la Direction en charge de la santé communautaire a élaboré un plan stratégique national de la santé communautaire pour la période 2017-2021. Ce plan est la boussole des interventions au niveau communautaire. Il se veut être un canal pour la détermination d'actions prioritaires conformément aux missions assignées à la santé communautaire.

La mise en œuvre du plan stratégique de la santé communautaire 2017-2021 est à mi-chemin. Pour ce faire, la Direction de la santé communautaire a entrepris une revue à mi-parcours au terme de l'année 2019, soit trois années après le démarrage de la mise en œuvre en vue d'apprécier l'évolution de cette mise en œuvre ainsi que les résultats obtenus. La revue à mi-parcours faisant partie des mécanismes de suivi-évaluation dudit plan, sa réalisation permettra de mieux apprécier la qualité de la mise en œuvre, l'avancement vers l'atteinte des objectifs fixés et de tirer les leçons pour définir, réorienter ou réajuster les stratégies de mise en œuvre et les actions.

Globalement ; la revue à mi-parcours, après trois années de mise en œuvre du plan stratégique national de la Santé communautaire 2017-2021, montre des avancées allant dans le sens des résultats attendus malgré le fait que beaucoup reste encore à faire.

Au titre de l'axe stratégique 1

Concernant le premier résultat attendu « ***un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire est créé*** », l'on note que le processus pour l'élaboration du document de politique nationale de la santé communautaire est entamé. Il reste à le finaliser au cours des deux années de mise en œuvre restantes. Aussi, divers arrêtés ont été pris dans différents domaines (sida, santé de la reproduction, etc.) qui créent des cadres favorables à la mise en œuvre des activités communautaires. Mais il convient de noter que l'arrêté ministériel portant organisation, composition et fonctionnement du Cadre national de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPIS) n'a pas encore été signé après l'élaboration du projet. Néanmoins le cadre permanent est fonctionnel et tient des réunions depuis Octobre 2019. Il existe également des cadres de concertation multisectoriels permanents au niveau régional et départemental.

Pour ce qui est du deuxième résultat attendu « ***l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé est renforcée*** », les formulaires communautaires ont été paramétrés dans l'outil national de gestion et de rapportage des données de santé DHIS2 en 2018. De même, des outils standards uniformisés et homologués pour la collecte de données de santé au niveau communautaire ont été développés à savoir les rapports d'activités des ASC, les outils intégrés de collectes de données communautaires et une matrice Excel de monitoring des interventions communautaires. Mais il faut observer que le guide national de supervision des prestataires de santé n'a pas été révisé pour intégrer les aspects de santé

communautaire et que les grilles de supervision intégrée des acteurs communautaires n'ont pas été adaptées au PMA des ASC.

En ce qui concerne le troisième résultat attendu « **le paquet standard des services pour les acteurs de la santé communautaire est harmonisé** », le paquet complet d'activités et le PMA intégré des ASC ont été élaborés et vulgarisés. Malgré cela, on note une disparité des interventions communautaires engendrant parfois des duplications dans les mêmes espaces.

Au sujet du quatrième résultat attendu « **un curriculum de formation des ASC est élaboré** », la revue note que des outils de formation des ASC uniformisés et conformes au PMA ont été élaborés. Il s'agit du manuel et du guide national de référence du formateur des ASC, du manuel technique et du cahier d'exercices de l'ASC. Toutefois, il convient de noter que le plan national de formation des ASC n'a pas encore été élaboré ainsi que le plan de suivi-évaluation de la qualité de la formation des ASC.

Pour ce qui est du cinquième résultat attendu « **un mécanisme standard de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire est défini** », la revue note qu'un document définissant le statut des ASC est élaboré et fait l'objet d'un plaidoyer en vue de sa signature par l'autorité compétente. Aussi, le PSN SC 2017-2021 décrit le mécanisme de motivation des ASC et il existe un plan de financement Global de la santé, pour la période 2020-2023 (GFF) prenant en compte la motivation de 20 000 ASC. Cependant, on note l'absence d'un cadre légal portant statut et mécanisme de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire (loi, arrêté, circulaire, décret).

Au titre de l'axe stratégique 2

Concernant le premier résultat attendu « **le partenariat entre toutes les parties prenantes de la santé communautaire est renforcée** », la revue note l'existence d'un cadre de collaboration entre les Régions, les Districts, les collectivités locales, les ESPC et les ONG dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire. Aussi, la faitière des communes, l'UVICOCI, est membre du cadre national de concertation permanent sur la santé communautaire et des partenaires techniques et financiers sont engagés dans la mise en œuvre (Save The Children, UNICEF, PMI, GAVI, FM, PEPFAR, ICAP, etc.).

Pour ce qui est du deuxième résultat attendu « **une approche communautaire participative et intégrée est développée et mise en œuvre** », la revue note une participation des communautés dans la mise en œuvre de la santé communautaire et une implication de ces communautés dans les différents processus en lien avec la santé communautaire à savoir la planification, l'évaluation, la tenue des réunions, etc. Mais cela reste encore insuffisant eu égard au fait qu'en l'état actuel des choses, les communautés n'identifient pas elles-mêmes leurs besoins en santé et ne décident pas des actions à mener pour faire face aux besoins identifiés. Elles subissent les objectifs, la vision et les interventions des partenaires et des professionnels de santé.

Au titre de l'axe stratégique 3

Concernant le premier résultat attendu « **des normes nationales d'utilisation des ASC sont élaborées et appliquées sur le terrain** », la revue enregistre l'existence de normes nationales pour l'utilisation des ASC tant au niveau du mode de leur recrutement, du paquet d'activités (paquet complet et paquet minimum), la couverture des communautés en ASC (nombre de ménages/personnes par ASC) et au niveau de la motivation des ASC aussi bien par les partenaires que par les communautés (motivations financières et non financières).

Cependant, il existe des insuffisances dans l'application de ces normes et des efforts doivent être faits pour les corriger. C'est par exemple le cas de l'absence des procédures de mise en œuvre du PMA, de l'insuffisance de couverture des communautés en ASC formés sur le PMA et la surcharge de travail pour des ASC à certains endroits.

Pour ce qui est du deuxième résultat attendu « **les capacités techniques des acteurs communautaires sont renforcées** », la revue a noté la formation de plus de 11 397 agents communautaires sur le PMA des ASC parmi lesquels 87% ont été positionnés dans les localités au-delà de 5 km d'un ESPC. Toutefois, ce nombre d'ASC formés demeure insuffisant au regard des besoins. Heureusement, des formations sont prévues sur les deux années restant du PSNSC.

Au sujet du troisième résultat attendu « **les ASC sont régulièrement approvisionnés en médicaments et intrants** », la revue note l'existence d'un manuel de procédures du système intégré de gestion logistique des produits de santé en Côte d'Ivoire prenant en compte les ASC, l'existence de notes circulaires relatives à la mise à disposition de médicaments au bénéfice des ASC, à la distribution d'ARV et autres intrants par les ASC, à la mise à disposition des ASC des intrants de lutte contre la pneumonie et la diarrhée et à l'utilisation de l'amoxicilline par les ASC. La revue note également que les ASC formés sont plus ou moins approvisionnés en médicaments et intrants. Cependant, il ressort de la revue que la distribution des médicaments au niveau communautaire par les ASC est insuffisante. En effet, seulement 42% des ASC disposeraient des TDR, 19% de l'Amoxicilline, 28% du SRO+Zinc, 43% des CTA, 23% du Paracétamol, 3% des produits contraceptifs et 58% d'une caisse de médicaments.

Au titre de l'axe stratégique 4

Concernant le premier résultat attendu « **les données de la santé communautaire sont intégrées dans le système national de l'information sanitaire** », la revue note une prise en compte des données communautaires dans le SNIS. En effet, des indicateurs en lien avec les interventions communautaires ont été définis et intégrés dans le dictionnaire des indicateurs de santé. Des indicateurs communautaires sont également définis dans les plans de suivi-évaluation des programmes de Santé. En plus, les données communautaires sont saisies dans DHIS2 au niveau régional et district sanitaire. Les ASC produisent des rapports mensuels d'activités qui sont compilés dans les rapports communautaires des ESPC. Cependant, l'on note l'absence d'un plan national de suivi-évaluation des interventions communautaires.

Pour ce qui est du deuxième résultat attendu « **la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire est promue** », la revue note la mise en œuvre d'un cadre de collaboration avec PACCI en vue de la documentation scientifique des expériences et bonnes pratiques. Toutefois, les conventions de partenariat avec les institutions de formation et de recherche ne sont pas en place.

Au sujet du troisième résultat attendu « **le partage des bonnes pratiques en santé communautaire est promu** », la revue note malgré l'inexistence d'un cadre national comme prévu par le PSNSC, néanmoins le partage de bonnes pratiques est fait à travers les différentes réunions de coordination et de bilan de la santé communautaire et à l'occasion de réunions internationales et sous régionales.

Concernant le quatrième résultat attendu « **le suivi, la supervision, le monitoring et le coaching des acteurs de la santé communautaire sont renforcés** », la revue a noté l'existence d'un guide national de supervision et les grilles de supervision afférentes. Cependant, ce guide n'est pas conforme au PMA des ASC et les grilles ne couvrent pas tous les aspects du PMA.

Au titre de l'axe stratégique 5

Concernant le premier résultat attendu « **les mécanismes de financement de la santé communautaire sont renforcés** », la revue relève l'absence d'un mécanisme dédié de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire. Le plan de mobilisation des ressources attendu n'est pas encore disponible. Cependant, il existe des contributions de la part de l'Etat, des collectivités locales, des communautés elles-mêmes et des partenaires. L'implication des collectivités locales et des communautés dans le financement de la santé communautaire demeure encore très limitée. Très peu voire aucune intervention de renforcement des capacités des communautés en matière de mobilisation des ressources tant au plan local qu'international n'a été menée. Enfin, la prise en compte des acteurs communautaires dans le mécanisme de financement basé sur la performance reste très limitée malgré l'ébauche lancée par Alliance CI et le PNLT dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

Pour ce qui est du deuxième résultat attendu « **un mécanisme de gestion des ressources mobilisées est en place** », la revue note que le mécanisme de gestion des ressources mobilisées pour la santé communautaire attendu, prenant en compte la coordination des financements le rapportage et la redevabilité, n'est pas encore en place. Cependant, il existe des mécanismes de rapportage financier spécifiques à chaque partenaire et en lien avec son financement. Ce gap doit être rapidement adressé pour les années à venir.

Il convient également de noter que le PSNSC 2017-2021 n'a pas bénéficié de plans d'action opérationnels avec un planning, des cibles à atteindre, des indicateurs et un budget annuellement défini. Ce qui aura été une limite majeure de la revue à mi-parcours.

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire, dans son ambition d'atteindre l'émergence à l'horizon 2020 s'est dotée d'un Plan National de Développement (PND) 2016-2020. Afin de contribuer efficacement à cette ambition, le secteur de la santé s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 basé sur les orientations stratégiques du PND 2016-2020 et sur les engagements internationaux auxquels la Côte d'Ivoire est partie prenante 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.

L'appropriation et la participation communautaire, reconnues comme gage de pérennisation des acquis, sont insuffisamment développées et mal comprises par les acteurs et sont marquées par une absence d'un cadre global de coordination. Face à cette situation, les acteurs de la santé communautaire, à l'initiative du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, se sont dotés d'un document stratégique national de la Santé communautaire sur la période 2017-2021, qui constitue un outil de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 à travers la Direction de la Santé communautaire (DSC).

Ce plan stratégique de la santé communautaire 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. Il est le résultat des réflexions concertées de tous les acteurs intervenant dans le domaine et est destiné à 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.

Au terme de deux années de mise en œuvre de ce plan (2018-2019), il est apparu nécessaire pour les acteurs de la santé communautaire de procéder à une revue à mi-parcours de son exécution. Cette revue permettra de ressortir les Forces et les points à améliorer pour les années suivantes dans une vision d'efficacité et d'efficience en termes d'atteinte des résultats attendus. Le présent rapport retrace les réalisations majeures, les insuffisances et les recommandations en vue de l'amélioration de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 pour les deux années restantes (2020 et 2021).

1 CONTEXTE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

A travers son adhésion aux conventions et initiatives internationales, la Côte d'Ivoire a perçu la nécessité de promouvoir la participation communautaire en vue de soutenir durablement la mise en œuvre de l'action sanitaire à travers le développement des soins de santé primaires au sein des communautés.

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.

Aussi, les maladies émergentes et ré émergentes 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. Toutes ces menaces engendrent une augmentation des décès dans les communautés et dans les ménages.

De toute évidence, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses, entreprises au sein des communautés et par les communautés elles-mêmes, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. A cet effet, l'Etat ivoirien a 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 majeurs des populations.

Les interventions de santé communautaire visent à rapprocher les services de santé des communautés bénéficiaires mais surtout à les impliquer à la gestion de leurs problèmes de santé. Il s'agit d'une décentralisation des services de santé permettant d'assurer la continuité des soins de santé fournis dans les formations sanitaires au sein des communautés, tout en privilégiant l'environnement socioculturel. Ces interventions communautaires en Côte d'Ivoire se sont réalisées sous plusieurs formes en fonction des différents domaines et l'implication des communautés à différents niveaux a permis d'améliorer la lutte contre certaines maladies endémo épidémiques notamment le paludisme, les maladies tropicales négligées, le VIH/sida, etc.

Les difficultés d'accès aux services de santé engendrent une faible fréquentation et utilisation des services de santé. Ainsi pour 21 % des ménages en Côte d'Ivoire, il n'existe pas d'infrastructures sanitaires de premier contact dans leur lieu de résidence. Ces populations doivent alors parcourir des distances plus ou moins longues pour accéder à un Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC), à pieds principalement (48,8%) et accessoirement en transport en commun (11 %) ou à mobylette (7,7 %). Aussi, 69% de la population est à moins de 5 km des Centres de Santé, mais le taux d'utilisation des services de santé au niveau national est de 47,5% et 38,4% pour les ESPC selon le RASS 2018.

La santé communautaire en Côte d'Ivoire est confrontée à plusieurs défis qui entravent son développement. L'on note en Côte d'Ivoire des iniquités concernant essentiellement la disponibilité des soins et l'accessibilité géographique à ces soins. En effet, les interventions de santé communautaire ne couvrent pas l'ensemble des localités d'une aire sanitaire, ni l'ensemble des aires de santé d'un même district/région sanitaire. De même la majorité des districts/régions sanitaires se trouve en deçà du ratio ressources humaines par district/région sanitaire.

En ratifiant les différentes conventions et initiatives internationales, la Côte d'Ivoire n'a pas entrepris de réformes du niveau institutionnel qui formalise les interventions des agents de santé communautaires. Cela se traduit par une absence d'un cadre réglementaire et législatif, une absence de définition du statut des agents de santé communautaires, une insuffisance de supervision, de suivi et d'évaluation de la participation communautaire.

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation standardisés pour les acteurs communautaires de santé. 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. Une harmonisation du paquet minimum

d'activités et de la formation des ASC est indispensable au renforcement de la qualité de leurs prestations.

La motivation financière ou non financière des acteurs de santé communautaires demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la fidélisation des ressources humaines. Il a été noté que l'équipement et la supervision sont insuffisants et peu systématisés. Un cadre harmonisé de motivation permettrait de pérenniser les activités dans le domaine de la santé communautaire.

Les agents de santé communautaires sont confrontés à différents problèmes dans le système de santé notamment : les ruptures de stocks en médicaments et intrants, le manque de légitimité auprès du personnel de santé pour avoir accès au stock disponible au centre de santé et la faible capacité en gestion de stock. L'adoption d'un cadre réglementaire en matière d'approvisionnement et la formalisation de la dispensation des médicaments et produits essentiels par les ASC sont nécessaires pour assurer des prestations de qualité et garantir la pérennisation des efforts.

En Côte d'Ivoire, la mobilisation communautaire est insuffisamment intégrée dans le système de santé. Aussi, elle est peu utilisée par les prestataires de santé comme stratégie d'implication des communautés à l'action sanitaire à travers le diagnostic communautaire, partie intégrante du PMA des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). Ce qui limite la portée de la participation communautaire à la santé qui tend à se réduire à la participation financière à travers les recouvrements de coûts. Cette mobilisation communautaire devrait permettre aux communautés locales de recevoir une assistance de proximité afin de définir et exprimer leurs besoins et objectifs de santé, et de prendre des mesures collectives visant à les satisfaire. Elle met l'accent sur la participation des communautés elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins.

2 VISION ET CADRE INSTITUTIONNEL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

2.1 Vision de la santé communautaire

En Côte d'Ivoire, la vision de la Santé communautaire est : **« 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 »**.

Celle-ci découle de la vision stratégique du développement sanitaire en Côte d'Ivoire qui 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 »**.

Cette vision repose sur des valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de rigueur, de transparence, de redevabilité et d'universalité. Elle est guidée par les principes de leadership et de gouvernance locale forts, de qualité optimale des prestations, de respect des engagements et du genre, de participation et d'appropriation communautaires, de décentralisation et d'intersectorialité.

2.2 Cadre Institutionnel de la santé communautaire

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.

Au niveau central, la Santé communautaire est régie par deux cadres.

Le Comité National de Coordination de la Santé Communautaire, sous l'égide de la primature, devait avoir 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.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, à travers la **Direction de la Santé Communautaire**, 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.

Au 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 un point focal en son sein dont la mission principale est la coordination des actions de santé communautaire.

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

Le district sanitaire est chargé de la formation des acteurs et de l'encadrement des centres de santé de son ressort territorial en matière de développement de la santé communautaire. A ce titre, le district sanitaire assure la coordination des interventions communautaires menées par l'ensemble des acteurs au niveau départemental à travers son 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.

Au niveau de l'ESPC, 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.

Au niveau des communautés, leur pleine participation et leur engagement sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. Cela se fait à travers les Autorités coutumières, des organisations comme les

comités de gestion (COGES) des établissements sanitaires, les ONG, les coopératives, les Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ). 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.

3 RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021

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 des orientations en matière de santé communautaire dans un contexte de progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle.

3.1 But et résultats attendus

Le but du PSNSC est 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.**

Au terme de la mise en œuvre du PSNSC en 2021, les quatre résultats majeurs suivants doivent être atteints : i) le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire est renforcé ; ii) la couverture et la qualité des services de santé communautaire sont améliorées ; iii) la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé des communautés est renforcée ; et iv) les interventions communautaires sont conduites par les communautés de façon pérenne.

3.2 Orientations 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 sont définis :

3.2.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire

Le développement de cet axe stratégique doit déboucher sur des acquis à savoir :

- La 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 la mise en œuvre de la santé communautaire en vue de renforcer l'implication communautaire dans la gestion des ESCOM conformément aux textes, de définir le statut des ASC qui précisera le modèle, le paquet minimum d'activités et le mécanisme de motivation ;
- Le renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé. Il s'agit de la formalisation de la supervision des acteurs

communautaires par un personnel qualifié et de l'introduction de nouvelles technologies pour améliorer le système d'information et de collecte de données ;

- L'harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire en vue de garantir une offre de service de qualité sur toute l'étendue du territoire national ;
- L'élaboration d'un curriculum de formation des ASC, en collaboration avec les ministères techniques et les PTF, qui inclura un plan national de formation des ASC ;
- La définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire.

3.2.2 Axe stratégique 2 : Renforcement de la participation et de l'engagement des communautés et des collectivités locales

La mise en œuvre de cet axe stratégique doit déboucher sur les résultats suivants :

- Le renforcement du partenariat entre les parties prenantes à travers la mise en place d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. Cela consistera à favoriser la responsabilisation et l'appropriation de la santé communautaire par les collectivités locales ;
- Le développement et la mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée. Il s'agit d'aider les communautés à prendre une part active à toutes les phases de mise en œuvre d'une intervention (le diagnostic communautaire, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation).

3.2.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires

L'exécution de cet axe stratégique va permettre de réaliser ce qui suit :

- L'élaboration et l'application des normes nationales d'utilisation des ASC à travers la révision des normes nationales d'utilisation des ASC et l'application de ces normes en vue de contribuer à l'amélioration de la couverture des interventions communautaires ;
- Le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires à travers la formation/recyclage, l'équipement en moyens de locomotion, en matériels techniques, en matériels TIC, en outils de gestion et l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités des ASC ;
- L'approvisionnement des ASC en médicaments et intrants à travers un cadre réglementaire, l'élaboration d'un guide national d'approvisionnement et de gestion des stocks, un guide national de dispensation médicaments et intrants des ASC sera élaboré.

3.2.4 Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire

La mise en œuvre de cet axe stratégique vise à atteindre les résultats suivants :

- L'intégration des données de santé communautaire dans le SNIS à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation et d'outils de collecte des données des interventions communautaires ;
- Le développement de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire par la signature de conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche, l'utilisation des résultats de recherche pour améliorer la qualité et la pérennité des interventions communautaires ;

- Le partage des bonnes pratiques en santé communautaire à travers le réseautage, l'organisation de rencontres, de réunions et de visites d'échanges d'expériences ;
- Le renforcement du suivi et évaluation des activités communautaires à travers la supervision des ASC menée à l'aide d'un guide national, le coaching des acteurs de la santé communautaire et le monitoring de leurs activités.

3.2.5 Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire

L'exécution de cet axe stratégique permettra d'atteindre les résultats suivants :

- Le renforcement des mécanismes de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire à travers l'élaboration d'un plan national de mobilisation des ressources et un plaidoyer pour une meilleure réallocation de la part du budget alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires, pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financement ;
- La mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources mobilisées avec transparence impliquant toutes les parties prenantes.
- La mise en place d'un mode de répartition des ressources à travers la définition de modalités d'affectation des ressources mobilisées en fonction des différents aspects de la mise en œuvre de la santé communautaire incluant le financement des activités, le financement de la motivation des ASC, le financement de la coordination et du suivi-évaluation.

4 ANALYSE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2017-2021 A MI-PAROURS (FIN 2019)

4.1 Justification de la revue à mi-parcours

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a entrepris depuis quelques années une série de réformes visant à renforcer le système de santé au niveau communautaire. Ces réformes visent à reconnaître la santé communautaire comme une partie intégrante de la pyramide sanitaire. Elles adressent également l'harmonisation des approches communautaires en vue d'offrir un paquet intégré, élément indispensable pour un impact réel de nos interventions. A cet effet, les acteurs de la santé communautaire, sous l'égide de la Direction en charge de la santé communautaire a élaboré un plan stratégique national de la santé communautaire pour la période 2017-2021. Ce plan est la boussole des interventions au niveau communautaire. Il se veut être un canal pour la détermination d'actions prioritaires conformément aux missions assignées à la santé communautaire.

La mise en œuvre du plan stratégique de la santé communautaire 2017-2021 est à mi-chemin. Pour ce faire, à l'initiative de la Direction de la santé communautaire, les acteurs de la santé communautaire ont entrepris une revue à mi-parcours au terme de l'année 2019. Il s'agit d'apprécier, trois années après le démarrage de la mise en œuvre du PSN-SC, l'état d'exécution des actions planifiées, ainsi que les résultats obtenus. La revue à mi-parcours faisant partie des mécanismes de suivi-évaluation dudit plan, sa réalisation permettra de mieux apprécier la qualité de la mise en œuvre, l'avancement vers l'atteinte des objectifs fixés et de tirer les leçons. Les résultats de cette revue permettront de définir de nouvelles stratégies, de réorienter ou réajuster les stratégies actuelles de mise en œuvre et les actions.

4.2 Approche méthodologique

La revue à mi-parcours du PSN-SC a été conduite en trois grandes étapes :

- La première étape a consisté en la conduite d'une revue documentaire (Rapports d'activités, rapports d'enquêtes, documents de capitalisation, etc.) collectée auprès des acteurs de la santé communautaire
- La seconde étape a consisté en une mission terrain de collecte de données aux différents niveaux institutionnels de mise en œuvre du PSN-SC. Elle a concerné vingt-cinq (25) structures du niveau central, onze (11) régions sanitaires, trente-sept (37) districts sanitaires, soixante-quatorze (74) ESPC (soit 1 rural et 1 urbain par district sanitaire) et Soixante-quatorze (74) ASC (1 par ESPC). Aussi trois cent-soixante-dix (370) membres de la communauté (1 chef de notabilité, 1 chef religieux, 1 responsable de femme, 1 jeune et 1 responsable de ménage) ont été interviewés par aire d'ESPC. La collecte a eu lieu du 24 février au 13 mars 2020.
- La troisième étape a consisté en la tenue d'un atelier au cours duquel les résultats de la collecte des données ont été présentés et des travaux de groupes ont permis de faire une analyse technique de la mise en œuvre selon les axes stratégiques du PSN-SC. Cet atelier a eu lieu à Jacquville du 6 au 9 Juillet 2020 et a enregistré la participation des différents acteurs du niveau central, du niveau régional, du niveau district sanitaire et des organisations à base communautaire. L'atelier a été déroulé à travers des travaux en sessions plénières et travaux de groupes suivis de restitutions en plénière.

4.3 Analyse de la mise en œuvre du PSNSC de 2017 à 2019

Les résultats de la revue à mi-parcours du PSNSC 2017-2021 sont présentés dans cette section à travers une analyse par axe stratégique. Cette analyse présente d'abord la situation globale de base et ensuite les réalisations par niveau institutionnel de mise en œuvre du PSNSC 2017-2021.

4.3.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire

La situation de base à adresser par cet axe est : l'absence de politique nationale de santé communautaire, l'absence d'un cadre règlementaire et législatif pour les ASC dans le cadre de la participation communautaire, la 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), l'absence de statut bien défini des agents de santé communautaire, l'absence de formalisation des interventions des agents de santé communautaire et l'absence d'un cadre national de coordination des activités communautaires. On note également l'absence d'outils harmonisés de supervision des acteurs communautaires, la non-intégration des aspects communautaires dans la grille de supervision des ECD et des ERS, le manque de supervision intégrée des acteurs communautaires ainsi que l'absence d'outils standards harmonisés pour la collecte de données au niveau communautaire.

Cette situation est également marquée par une absence de Paquet Minimum d'Activités standardisé et harmonisé pour les ASC, l'inexistence d'un cursus et d'un curriculum de formation des acteurs communautaires, l'absence de standardisation et de planification de la formation des agents de santé communautaire (ASC), l'absence d'un cadre juridique (loi, décret, arrêté ou circulaire) de motivation des ASC (primes harmonisées, facilités d'accès aux

soins et soutiens de la communauté) et l'absence de lignes budgétaires dans le budget de l'Etat et des collectivités locales pour le financement de la motivation des acteurs communautaires.

En vue de palier à ces défaillances, le PSNSC 2017-2021 a été orienté à travers cet axe sur la création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire, le renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé et l'harmonisation du paquet standard de services, de la formation et de la motivation des acteurs de la santé communautaire, principalement les ASC. Ainsi le PSN-SC a défini comme actions prioritaires d'élaborer la politique nationale de santé communautaire et de mettre en place le cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre, de formaliser le modèle des ASC, leur paquet minimum d'activités et leur mécanisme de motivation et de formaliser la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié.

L'analyse de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 en fin 2019 montre que le document de politique nationale de la santé communautaire n'est pas encore disponible toutefois le processus d'élaboration est entamé (phase de revue documentaire et formation de l'équipe de la DSC sur la méthodologie d'élaboration d'un document de politique par l'Organisation Mondiale de la Santé). Le cadre réglementaire et législatif de la santé communautaire n'est pas encore totalement en place. Néanmoins, un projet d'arrêté ministériel (portant organisation, composition et fonctionnement) du Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) a été élaboré et est en attente de signature par l'autorité compétente. Dans l'attente, ce Cadre Permanent de Concertation a commencé à fonctionner depuis octobre 2019 à travers la mise en place et la tenue de rencontres des sous- groupes thématiques (6 réunions tenues assorties de PV). Aussi, pour encadrer certaines interventions de santé communautaire, des arrêtés, des notes circulaires et des documents de politique ont été élaborés et mis en œuvre, tels que : le document de politique sur la délégation de tâches en santé de la reproduction, l'arrêté révisé portant organisation attribution et fonctionnement de la DSC, etc. De même, la revue note qu'un statut a été défini pour les ASC et une définition consensuelle des ASC existe ainsi qu'une cartographie nationale et une base de données des ASC. Dans un souci d'harmonisation, d'intégration et de standardisation des activités des ASC, le Paquet Complet d'Activités des ASC a été élaboré de façon consensuelle. De ce paquet complet d'activités a été tiré le PMA des ASC. Les rapports d'activités des ASC ont été consolidés et uniformisés et des outils intégrés de collectes de données communautaires ont été élaborés pour plusieurs types d'acteurs communautaires (ASC, GF, EMC, Praticiens de la Médecine Traditionnelle) ainsi qu'une matrice Excel de monitoring des interventions.

Les visites de collecte de données sur le terrain ont permis de noter les résultats/acquis suivants :

- Au niveau central, 56% des structures interviewées disposent du PSNSC 2017-2021, 80% de ces structures contribuent à l'opérationnalisation du PSN et ont connaissance de l'existence du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. 64% des structures du niveau central interrogées ont connaissance du cadre permanent de concertation mis en place et 60% participent aux réunions de ce cadre et 56% des structures du niveau central interrogées affirment participer aux supervisions des interventions communautaires. Aussi, 88% des structures du niveau central interrogées ont connaissance du mécanisme standardisé de motivation des ASC ;

- Au niveau régional, 82% des Directions régionales disposent du PSNSC 2017-2021 et ont connaissance de l'existence du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. Aussi, 54% des Régions interrogées ont connaissance de l'existence de cadres de concertation multisectorielle permanents au niveau central et 36% des Régions interrogées disposent d'un comité de coordination des activités communautaires. 27% des Régions interrogées affirment réaliser au moins une visite de supervision des activités communautaires par an. Par ailleurs, 64% des Régions interrogées ont connaissance du mécanisme standardisé de motivation des ASC ;
- Au niveau district sanitaire, 53% des Districts interrogés disposent du PSNSC, 69% des Districts ont connaissance du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire et 78% des Districts interrogés ont connaissance de ces cadres de concertation multisectorielle permanents. 48,4% des Districts interrogés affirment disposer d'un programme de supervision des activités communautaires. De même, 54% des Districts interrogés ont connaissance du mécanisme standardisé de motivation des ASC ;
- Au niveau des ESPC, 73% des ESPC interrogés ont eu connaissance du PSNSC et 57% ont bénéficié d'une restitution/formation sur le PSNSC. 93% des ESPC interrogés déclarent avoir un COGES, 72% des COGES existants sont fonctionnels. Aussi, 49% des ESPC interrogés établissent un programme de supervision des ASC et 1667 IDE/SFDE sur les 11 444 (soit 14, 5%) ont été formés sur le PMA et la supervision des ASC ;
- Au niveau des communautés, 41% des communautés interrogées affirment disposer d'un Comité Villageois de Santé (CVS) et 79% d'un Comité Villageois de Développement (CVD). Au total, 53% des membres interrogés de la communauté déclarent que les Comités de Gestion (COGES) des ESPC sont fonctionnels et 33% des membres interviewés ont participé aux réunions des COGES. Enfin, 11 397 ASC (95%) affirment avoir été formés sur le PMA.

Malgré les nombreux acquis en lien avec l'axe 1 du PSNSC, des limites/Insuffisances ont été notées. La non formalisation de la base légale du cadre de concertation permanent ainsi que l'absence du document de Normes et procédures de mise en œuvre des interventions communautaires sont des freins à la prise de certains engagements dans le domaine de la santé communautaire. Les cadres de concertation multisectorielle existants prennent insuffisamment en compte les questions de santé communautaire. Aussi le guide national de supervision n'a pu être révisé pour intégrer les aspects de santé communautaire et les grilles de supervision intégrée des acteurs communautaires n'ont pas été adaptées au PMA des ASC. De même, le plan national de formation des ASC n'a pu être élaboré, toutefois le manuel de référence, le guide national du formateur des ASC, le manuel technique et le cahier d'exercices du participant ont été élaborés en 2018. Enfin, l'on note l'absence d'un cadre juridique portant statut et mécanisme de motivation des acteurs communautaires (lois, décret, arrêté, circulaire) toutefois, le PSNSC décrit le mécanisme de motivation des ASC. Cette motivation n'intègre cependant pas une pleine participation des communautés et ne prend pas en compte les ASC à moins de 5 km. De même, la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales dans la motivation financière des ASC n'est pas encore effective

La revue recommande donc la conduite d'un plaidoyer auprès des autorités compétentes afin que le document de statut des ASC soit signé. Aussi, il est recommandé à la DSC d'élaborer les documents majeurs de la mise en œuvre de la santé communautaire.

4.3.2 Axe stratégique 2 : Renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales

Au démarrage de la mise en œuvre du PSNSC, il a été noté une insuffisance de capacités techniques de gestion de la santé communautaire au niveau des collectivités locales et de clarification des liens entre les différents niveaux de mise en œuvre (régions sanitaires, districts sanitaires et collectivités locales). A cela s'ajoutent une faible appropriation des rôles en matière de suivi et coordination de la santé communautaire par les collectivités locales ; une insuffisance d'intégration des interventions communautaires dans les plans et cadres d'action des services sociaux de base (éducation, protection, santé, eau, hygiène et assainissement) ; une insuffisance des capacités des communautés pour l'identification de leurs besoins et objectifs en matière de santé ; la non-disponibilité des outils auprès des communautés pour le renforcement de la mobilisation, la participation et l'engagement communautaires et l'absence de diagnostics communautaires réalisés par les communautés pour une meilleure prise en charge de leur santé. Aussi, l'on notait une fonctionnalité limitée de certaines instances (comités de santé, comités de gestion, comité d'action sanitaire, etc.) ; une faible pérennisation des activités et une insuffisance de fidélisation des ressources humaines au niveau communautaire et l'absence de capitalisation des avantages comparatifs par les cadres de collaboration existant entre les services sociaux de base pour une amélioration des interventions communautaires.

En vue de palier à ces défaillances, le PSN-SC 2017-2021 a été orienté à travers cet axe sur le développement et la mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée et le renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes. Ainsi le PSN-SC a défini comme actions prioritaires de mettre en place des plateformes de collaboration et des cadres de coordination multisectorielle des interventions communautaires à différents niveaux (central, régional et départemental) avec une responsabilisation des collectivités locales, de faciliter la participation active des communautés au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires et de renforcer les instances de gestion communautaires que sont les comités de santé et les comités de gestion (COGES).

A la fin 2019, les résultats acquis obtenu des deux années de mise en œuvre du PSNSC, en ce qui concerne son axe 2, sont les suivants :

- Au niveau central, la faitière des collectivités locales (UVICOCI) est membre du Cadre Permanent de Concertation sur la santé communautaire. Une proportion de 64% des structures interviewées ont affirmé avoir connaissance de l'existence d'un mécanisme de collaboration entre les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG ;
- Au niveau régional, 91% des Régions affirment l'existence d'un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales y compris les ONG, ainsi qu'un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire. Aussi, 73% des Régions ont déclaré avoir un point focal pour les activités de santé communautaire ;
- Au niveau district sanitaire, 77% des Districts déclarent que les collectivités locales sont impliquées dans la mise en œuvre de la santé communautaire et 84% des

Districts affirment l'existence d'un cadre de collaboration avec les régions et les collectivités locales. Une autre proportion de 57% des Districts affirment l'existence d'un mécanisme impliquant activement les communautés dans la planification, dans la mise en œuvre et dans l'évaluation des interventions communautaire ;

- Au niveau des ESPC, 93% et 65% des ESPC affirment respectivement l'existence d'un cadre de collaboration avec les autres services sociaux de base et les ONG et l'existence d'un mécanisme impliquant activement les communautés dans la planification, dans la mise en œuvre et dans l'évaluation des interventions communautaire. Une proportion de 50% ont déclaré que les communautés participent à l'élaboration des micro-plans et une autre de 93% des ESPC déclarent avoir un COGES dont 72% sont fonctionnels ;
- Au niveau des communautés, on note la pleine participation au processus de planification et de mise en œuvre des actions de santé (monitorage des activités du PMA des ESPC en collaboration avec les COGES et la communauté des districts, redynamisation des COGES des ESPC). Ainsi, 93% des répondants affirment que les communautés sont impliquées dans les actions de santé communautaire et parmi lesquels 99% affirment avoir participé au choix des ASC. En plus, 96% des ASC interrogés ont affirmé participer aux réunions organisées par les ESPC, 89% des ASC participent aux réunions organisées par les communautés et 73% des ASC mentionnent qu'ils rendent compte aux communautés. Enfin, 98% des ASC affirment produire des rapports d'activités mensuelles.

Malgré les acquis en lien avec l'axe 2 du PSNSC, des limites/difficultés perdurent et entravent l'engagement des communautés. Il s'agit notamment de l'absence de formalisation du cadre permanent de concertation sur les Interventions Communautaires, ainsi que les comités décentralisés (au niveau régional et départemental) de coordination, l'insuffisance de diffusion du document cadre de mise en œuvre des IBC aux collectivités locales, réduisant leur implication dans les activités communautaires, le pouvoir de décision de la communauté au sein des COGES. On note enfin l'insuffisance de ressources financières pour le monitorage des activités du PMA des ESPC avec les COGES et la communauté.

4.3.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires

L'analyse situationnelle de base avant la mise en œuvre du PSNSC a révélé une insuffisance de couverture totale des aires des localités, des districts sanitaires et des régions sanitaires par les interventions communautaires. En vue de corriger cette iniquité en matière de santé, le PSNSC a été orienté sur l'élaboration et l'application de normes nationales d'utilisation des ASC, le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires et un approvisionnement régulier des ASC en médicaments et intrants. En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments et intrants, l'on notait des ruptures fréquentes de stocks de médicaments et intrants stratégiques au niveau des ASC avec des difficultés d'obtention des stocks de médicaments et intrants par les agents de santé communautaire du fait d'un manque de légitimité auprès du personnel de santé et d'une insuffisance de capacités de gestion des stocks. En vue de corriger cette iniquité en matière de santé, le PSNSC a été orienté sur l'élaboration et l'application de normes nationales d'utilisation des ASC, le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires et un approvisionnement régulier des ASC en médicaments et intrants. Ainsi le PSNSC a défini comme

actions prioritaires de définir/réviser et diffuser les normes nationales d'utilisation des ASC, de les former/recycler sur la prise en charge, la gestion, la communication, le rapportage, de les doter en matériels (tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion), d'assurer la disponibilité des médicaments grâce une dotation initiale conformément à la liste validée et à l'élaboration d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC.

Au terme des trois premières années de mise en œuvre du PSNSC, les résultats obtenus en lien avec cet axe sont les suivants :

- Au niveau central, des normes d'utilisation des ASC ont été renforcées spécifiant le mode de leur recrutement, leur charge de travail ainsi que les paquets de leur formation. Aussi, 62% des structures interviewées ont déclaré collaborer avec les ASC et 52% avec des groupements féminins. De même, la revue note que 20 formateurs des ASC ont été formés et que du matériel roulant et informatique ont été acquis au bénéfice de la DSC, des Districts, des ESPC et des ASC (1 véhicule 4X4), des ordinateurs, 7 400 vélos, une cinquantaine de camions fourgonnettes pour l'acheminement des médicaments et intrants). En vue de mieux coordonner l'approvisionnement des structures de santé et les acteurs communautaires en médicaments et intrants, le MSHP a pris un certain nombre de mesures notamment : l'élaboration du manuel de procédures du système intégré de gestion logistique des produits de santé en Côte d'Ivoire ; une note circulaire qui organise la mise à disposition de médicaments au bénéfice des ASC ; une note circulaire N° 325 du 11/06/2019 de la NPSP sur la mise à disposition des intrants communautaires de lutte contre la pneumonie et la diarrhée aux ASC ; une note circulaire N° 1134/MSLS/CAB du 29/10/2015 relative à l'utilisation de l'amoxicilline par les ASC et enfin la révision des outils de collecte de données des ASC intégrant la traçabilité des médicaments communautaires.
- Au niveau régional, la revue note que seulement 45% des Régions disposent d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants par les ASC ; tandis que 54% des Régions ont connaissance des normes nationales d'utilisation des ASC. Aussi, 1 667 IDE/SFDE ont été formés sur la supervision des ASC.
- Au niveau District, la revue note que 298 personnes (points focaux paludisme et CSAS) et 55 équipes de mobilisation communautaires ont été formés en lien avec la santé communautaire ; ainsi que 20 EdM ont été ouvertes dans 4 DDS de 2017 à 2018. La mission terrain révèle que 35% des Districts disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC et que 83% des acteurs des districts affirment que les médicaments sont disponibles au niveau des ASC. En plus, bien que 90% des districts disposent d'une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire, seulement 52% d'entre eux disposent d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants par les ASC. Aussi, 78% des districts ont connaissance des normes nationales d'utilisation des ASC.
- Au niveau des ESPC, la revue montre que 30% des ESPC disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC ; que 77% des ESPC ont déclaré que les équipements sont disponibles au niveau des ASC et que 55% des acteurs des acteurs des ESPC interviewés estiment que 55% des médicaments sont disponibles au niveau

des ASC. En plus, il en ressort que 66% des ESPC disposent d'une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire et que 13 483 acteurs communautaires ont été formés (dont 2086 points focaux des groupements féminins sur les PFE et 11 397 ASC sur le PMA des ASC parmi lesquels 9 897 ont été positionnés dans les localités au-delà de 5 km d'un ESPC et 1 500 ASC dans un rayon de 5 km de certains ESPC).

- Au niveau des Communautés, 11 397 ASC ont été formés sur le PMA des ASC. L'enquête de terrain révèle que tous les ASC formés (11 397) ont été équipés en kits (bottes, chasubles, MUAC, outils de collecte de données, etc.) et que la distribution des médicaments au niveau communautaire est insuffisante. En effet, seulement 42% des ASC disposent des TDR, 19% de l'Amoxicilline, 28% du SRO+Zinc, 43% des CTA, 23% du Paracétamol et 3% des produits contraceptifs. 58% des ASC mentionnent avoir reçu une caisse de médicaments.

L'analyse des résultats obtenus dans la mise en œuvre du PSNSC révèle des limites et des insuffisances à savoir une insuffisance de supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux, le manque d'outils de supervision, la non-formation de la totalité des ASC existants (recensés par la cartographie) sur le PMA, ainsi que le non-déploiement des ASC Coach. La revue note également la non-prise en compte du paquet d'interventions de certains acteurs communautaires. Il s'agit des Conseillers Communautaires et autres éducateurs de pairs ainsi que les acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose. Leurs interventions sont complètement différentes de celle des ASC de base et des ASC coach, notamment au niveau de la charge de travail, du nombre de ménage à couvrir par ASC (certains ASC couvrent jusqu'à 200 ménages dans certaines aires sanitaires). Par ailleurs, on note une absence d'un cadre réglementaire clairement défini pour les ASC de base et les ASC coach au niveau des ESPC. Aussi, il faut noter de même que la persistance de l'insuffisance de la couverture géographique par les ASC (cela concerne 31% de la population qui réside au-delà de 5 km d'un ESPC).

Ainsi sur la base des constats faits, la revue recommande la poursuite des efforts pour une amélioration de la couverture par les ASC, et le renforcement du réseau de formateurs dans les différentes composantes de la santé communautaire et de la promotion de la santé, un respect du PMA à tous les niveaux (élaborer des directives nationales telles que le guide de réalisation du diagnostic communautaire, le référentiel national de qualité des interventions de la santé communautaire, etc. à l'usage des acteurs de la santé communautaire et de la promotion de la santé), une amélioration de l'approvisionnement des ASC en stocks de médicaments et leur gestion, une clarification du cadre réglementaire des CC et des ASC Coach.

4.3.4 Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire

L'analyse situationnelle de base de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 a mis en évidence une insuffisance du système de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire. Ce dysfonctionnement est dû à l'insuffisance des systèmes d'information et de gestion de la santé communautaire, à l'insuffisance des supervisions réalisées à l'endroit des acteurs (IDE, ASC, et les autres acteurs) associée au manque d'outils harmonisés et intégrés pour la supervision. Aussi, il est à noter une insuffisance de partage d'expériences et de bonnes pratiques et à une faible appropriation des rôles en matière de suivi de la santé communautaire par les collectivités locales. En vue de palier à ces défaillances, le PSNSC 2017-2021 a été orienté à travers cet axe sur l'intégration des données de santé

communautaire dans le SNIS, la promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire, le partage des bonnes pratiques en santé communautaire et le renforcement du suivi, de la supervision, du monitoring et du coaching des acteurs de la santé communautaire. Ainsi le PSNSC a défini comme actions prioritaires d'élaborer et mettre en œuvre un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires avec des indicateurs nationaux. Puis, promouvoir la recherche opérationnelle en santé communautaire à travers des conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche pour améliorer la qualité et la pérennité des interventions communautaires. Aussi, de mettre en place des cadres pour le partage des bonnes pratiques afin d'uniformiser et de standardiser les interventions en santé communautaire et d'élaborer un guide national de supervision des ASC par les médecins et les infirmiers/Sages-femmes.

A l'issue de la revue à mi-parcours fin 2019, l'on peut capitaliser les résultats et acquis suivants :

- Au niveau central, la revue note l'intégration de la santé communautaire dans le SNIS associée à la prise en compte d'indicateurs communautaires dans les plans de suivi-évaluation des programmes de santé et des partenaires. Aussi, on note la mise en œuvre (de 2017 à 2019) d'un Projet de renforcement des capacités des acteurs communautaires sur la documentation scientifique des interventions communautaires par ALLIANCE CI en collaboration avec PACCI et ayant permis d'outiller certains acteurs communautaires sur la recherche opérationnelle dans le domaine de la santé communautaire. En plus, la revue révèle que les bonnes pratiques en matière de santé communautaire sont partagées lors des ateliers nationaux, des rencontres et conférences internationales (telles que l'ICASA 2017 et 2019, le forum sur la santé communautaire organisé en CI en 2019, l'atelier régional de haut niveau sur la santé communautaire à Yamoussoukro en 2017 avec la participation du Rwanda, du Ghana, et du Burkina Faso). De même, le cadre national permanent de concertation et les réseaux communautaires et de la société civile (FENOSCI, ROLPCI, RIP+, COLTMR) offrent des cadres de partage des bonnes pratiques en matière de santé communautaire. Enfin, l'existence d'un guide national de supervision, d'une grille nationale de supervision et des outils de suivi/supervision et de formation des acteurs communautaires à tous les niveaux de la pyramide sont à capitaliser.
- Au niveau régional, la revue note que 27% des Régions sanitaires interviewées disposent d'un point focal santé communautaire qui réalise le suivi des activités communautaires et 58% produisent des rapports mensuels en lien avec les activités communautaires. Aussi, 73% des régions interrogées affirment saisir les données du niveau communautaire dans le DHSI2, 36% affirment disposer d'une grille et d'un programme de supervision des activités communautaires. Par ailleurs, la revue note la disponibilité des outils de suivi, de supervision et de formation des acteurs communautaires ; la planification et la conduite des activités de suivi/supervision et d'accompagnement des acteurs communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Au niveau des Districts, la revue à mi-parcours montre que 44% des districts sanitaires interviewés disposent d'un plan de suivi/évaluation des interventions communautaires et 91% ont affirmé disposer d'un point focal santé communautaire qui assure le suivi des activités communautaires. Aussi, 100% des Districts sanitaires

visités saisissent les données communautaires dans le DHS12 (cependant la revue du PNDS 2016-2020 indique que seulement 50% des districts ont été intégrés les données communautaires dans le DHS2). De même, 68,8% des Districts enquêtés affirment avoir organisé au moins une (1) rencontre de partage d'expériences et de bonnes pratiques. Par ailleurs, 64% des Districts enquêtés disposent d'une grille de supervision des activités communautaires ; 35% des districts disposent du guide national de renforcement des capacités des ASC ; 48% des districts ont un programme de supervision des activités communautaires.

- Au niveau des ESPC, la revue rapporte que les rapports SNIS des ESPC est accompagné d'un rapport communautaire du centre de santé et que 62% des ESPC organisent une réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination des activités communautaires intégrant un partage de bonnes pratiques pour l'amélioration de la qualité des prestations communautaires. Aussi, 58% des ESPC disposent d'une grille de supervision des ASC, 30% des ESPC disposent du guide de renforcement des capacités des ASC, 23% des ESPC déclarent avoir conduit entre 12 et 60 visites de supervision des acteurs communautaires.
- Au niveau des Communautés, 77% des ASC produisent un rapport mensuel ; 37% des ASC déclarent qu'ils ont reçu plus de 12 supervisions de la part des ESPC et 27% des ASC affirment qu'ils ont reçu moins de 9 visites dans l'année 2019.

En dépit des acquis, des limites et insuffisances ont été relevées lors de la revue à mi-parcours à savoir : des insuffisances dans le système de suivi-évaluation de la santé communautaire, des insuffisances dans la documentation et la vulgarisation des expériences et des bonnes pratiques en matière de santé communautaire, des insuffisances dans le suivi, la supervision, le monitoring et le coaching des activités et des acteurs de la santé communautaire.

A cet égard, la revue recommande un renforcement des capacités techniques et de la mobilisation des ressources pour la réalisation des activités de recherche opérationnelle au niveau communautaire, la mise en place d'un système d'accompagnement des acteurs communautaires dans la conduite des actions de recherche opérationnelle et dans la diffusion des résultats de recherche à tous les niveaux, la consolidation des bonnes pratiques par le niveau central et déconcentré. Tout cela permettra d'améliorer et faciliter la mise en œuvre des interventions de santé communautaire en Côte d'Ivoire.

4.3.5 Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire

Au niveau de cet axe, l'analyse situationnelle de base du PSNSC 2017-2021 avait noté les constats suivants en matière de financement de la santé communautaire en CI : une coordination et une harmonisation limitées des financements ; une faible appropriation des rôles en matière de financement de la santé communautaire par les collectivités locales ; l'absence de plan de mobilisation de ressources par les communautés ; l'insuffisance de compétences des communautés pour la recherche des financements au niveau local et à l'extérieur ; et la faible implication de la communauté en matière de mobilisation de ressources pour le financement des interventions de santé communautaire. Pour ce faire, le PSNSC a été orienté sur la mise en place de mécanismes de financement de la santé communautaire et de gestion des ressources mobilisées. Ainsi, il a été convenu, en ce qui concerne le financement, de conduire un plaidoyer pour une réallocation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires ; de conduire un plaidoyer

auprès des collectivités et des PTF pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financements effectifs ; et une extension du financement basé sur la performance (FBP ou achat stratégique des services/résultats) au niveau communautaire.

Au plan du financement de la santé communautaire, l'on note qu'un mécanisme de motivation financière et non financière consensuel des ASC a été défini. Un plan de financement 2020-2023 a été élaboré à travers le mécanisme du GFF prenant en compte la motivation financière de 20 000 ASC. Aussi, la santé communautaire bénéficie des appuis financiers des PTF (Save The Children, UNICEF, PMI, GAVI, Fonds mondial, USAID, UNFPA, Initiative 5%, etc.).

A l'issue de la revue à mi-parcours fin 2019, l'on peut capitaliser les résultats et acquis suivants :

S'agissant du plaidoyer pour une réallocation de la part du budget alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires, on note des développements majeurs avec les résultats suivants :

- L'existence d'une contribution de financement de la santé communautaire par l'Etat dans le cadre de la coopération CI/UNICEF¹ au niveau central ;
- La prévision de l'accroissement de la contribution de l'ETAT dans le cadre du GFF ;
- L'appui ponctuel de leaders locaux et des collectivités locales au financement de la santé communautaire au niveau des districts.

Malgré les efforts consentis, la revue note une insuffisance dans la couverture des besoins de financement des SSP par le financement de l'Etat (19% des besoins selon PHPCI 2018) ; l'absence de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau régional, district et des communautés auprès des collectivités locales ; l'absence de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau communautaire.

S'agissant du Plaidoyer auprès des collectivités et des PTF pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financements, la revue note les résultats suivants :

- 79% des structures ont des projets financés pour la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- L'augmentation de la participation (autour de 47% selon la revue du PNDS 2016-2020) des acteurs locaux au financement des interventions de santé communautaire ;
- Forte mobilisation de ressources financières par les PTF en faveur de la santé communautaire ;
- Contribution des PTF au financement de la santé communautaire au niveau régional et départemental.

Malgré les acquis, on note une insuffisance de contribution des collectivités locales au financement de la santé communautaire ; une insuffisance de la traçabilité de la contribution des communautés dans le financement de la santé communautaire au niveau communautaire et une dépendance du financement de la santé communautaire aux financements extérieurs par les PTF.

En matière de FBP au niveau communautaire la revue note une participation communautaire au modèle national existant mais limitée à la vérification de l'effectivité des

¹ Fonds de la contrepartie ivoirienne du programme santé nutrition UNICEF

services offerts par les centres de santé dans les communautés au niveau régional et départemental. En plus, la revue note des expériences mises en œuvre par Alliance CI en collaboration avec le Programme tuberculose et par Save The Children en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans laquelle les agents communautaires bénéficient d'un modèle de motivation basée sur la performance.

En ce qui concerne la gestion des ressources mobilisées, le PSNSC 2017-2021 avait identifié d'élaborer un document de procédures de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires; de définir un mode de répartition des ressources mobilisées entre le financement de la mise en œuvre des interventions, de la motivation des ASC, de la coordination et du suivi-évaluation; et de diffuser aux parties prenantes des rapports de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires.

La revue à mi-parcours note que le document national de procédures de gestion des ressources mobilisées n'est pas encore élaboré. Néanmoins, la revue rapporte l'existence d'un document de procédure de gestion des finances publiques et des procédures de gestion financières pour les PTF en lien avec leurs financements. Concernant la répartition des ressources mobilisées pour le financement de la santé communautaire, la revue rapporte que le mode de répartition planifié n'est pas encore défini. Cette situation est liée à l'absence d'un plan d'action opérationnel budgétisé du PSNSC qui aurait permis de définir une clé de répartition des ressources mobilisées.

S'agissant de la diffusion aux parties prenantes des rapports de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires, la revue à mi-parcours note qu'un cadre national intégré de rapportage de la gestion des ressources n'est pas encore en place. Cependant, des rapports de gestion sont partagés avec les PTF en lien avec leurs financements respectifs. Il conviendrait de noter que l'existence de plan opérationnel intégré de la santé communautaire mis en œuvre par les différents acteurs (programmes, services et autres ministères) permettrait de décrire comment les ressources sont déployées pour l'amélioration des interventions communautaires, y compris comment les ressources sont attribuées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et par quels acteurs. Ce qui faciliterait un rapportage intégré de la gestion des ressources engagées et l'évaluation de la couverture des besoins.

Globalement ; la revue à mi-parcours, après trois années de mise en œuvre du plan stratégique national de la Santé communautaire 2017-2021, montre des avancées allant dans le sens des résultats attendus malgré le fait que beaucoup reste encore à faire.

Ainsi ; au titre de l'**axe stratégique 1** et du premier résultat attendu « **un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire est créé** », l'on note que le processus pour l'élaboration du document de politique nationale de la santé communautaire est entamé. Il reste à le poursuivre au cours des deux années de mise en œuvre restant pour rendre le document disponible. Aussi, divers arrêtés ont été pris dans différents domaines (sida, santé de la reproduction, etc.) qui créent des cadres favorables à la mise en œuvre des activités communautaires. Mais il convient de noter que l'arrêté ministériel portant organisation, composition et fonctionnement du Cadre national de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) n'a pas encore été signé après l'élaboration du projet. Néanmoins le cadre permanent est fonctionnel et tient des réunions

depuis Octobre 2019. Il existe également des cadres de concertation multisectoriels permanents au niveau régional et départemental.

En lien avec le deuxième résultat attendu « ***l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé est renforcée*** », les formulaires communautaires ont été paramétrés dans l'outil national de gestion et de rapportage des données de santé DHIS2 en 2018. De même, des outils standards uniformisés et homologués pour la collecte de données de santé au niveau communautaire ont été développés à savoir les rapports d'activités des ASC, les outils intégrés de collectes de données communautaires et une matrice Excel de monitoring des interventions communautaires. Mais il faut observer que le guide national de supervision des prestataires de santé n'a pas été révisé pour intégrer les aspects de santé communautaire et que les grilles de supervision intégrée des acteurs communautaires n'ont pas été adaptées au PMA des ASC.

En ce qui concerne le troisième résultat attendu « ***le paquet standard des services pour les acteurs de la santé communautaire est harmonisé*** », le paquet complet d'activités et le PMA intégré des ASC ont été élaborés et vulgarisés. Malgré cela, on note une disparité des interventions communautaires engendrant parfois des duplications dans les mêmes espaces. Au sujet du quatrième résultat attendu « ***un curriculum de formation des ASC est élaboré*** », la revue note que des outils de formation des ASC uniformisés et conformes au PMA ont été élaborés. Il s'agit du manuel et du guide national de référence du formateur des ASC, du manuel technique et du cahier d'exercices de l'ASC. Toutefois, il convient de noter que le plan national de formation des ASC n'a pas encore été élaboré ainsi que le plan de suivi-évaluation de la qualité de la formation des ASC.

En lien avec le cinquième résultat attendu de cet axe stratégique 1 « ***un mécanisme standard de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire est défini*** », la revue note qu'un document définissant le statut des ASC est élaboré et fait l'objet d'un plaidoyer en vue de sa signature par l'autorité compétente. Aussi, le PSN SC 2017-2021 décrit le mécanisme de motivation des ASC et il existe un plan de financement Global de la santé, pour la période 2020-2023 (GFF) prenant en compte la motivation de 20 000 ASC. Cependant, on note l'absence d'un cadre légal portant statut et mécanisme de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire (loi, arrêté, circulaire, décret).

En lien avec l'axe stratégique 2 et du premier résultat attendu afférent « ***le partenariat entre toutes les parties prenantes de la santé communautaire est renforcé*** », la revue note l'existence d'un cadre de collaboration entre les Régions, les Districts, les collectivités locales, les ESPC et les ONG dans le cadre de la mise en œuvre de la santé communautaire. Aussi, la fédération des communes, l'UVICOCI, est membre du cadre national de concertation permanent sur la santé communautaire et des partenaires techniques et financiers sont engagés dans la mise en œuvre (Save The Children, UNICEF, PMI, GAVI, FM, PEPFAR, ICAP, etc.).

Concernant le deuxième résultat attendu de cet axe stratégique 2 « ***une approche communautaire participative et intégrée est développée et mise en œuvre*** », la revue note une participation des communautés dans la mise en œuvre de la santé communautaire et une implication de ces communautés dans les différents processus en lien avec la santé communautaire à savoir la planification, l'évaluation, la tenue des réunions, etc. Mais cela reste encore insuffisant eu égard au fait qu'en l'état actuel des choses, les communautés n'identifient pas elles-mêmes leurs besoins en santé et ne décident pas des actions à mener

pour faire face aux besoins identifiés. Elles subissent les objectifs, la vision et les interventions des partenaires et des professionnels de santé.

Au titre de l'**axe stratégique 3** et de son premier résultat attendu « **des normes nationales d'utilisation des ASC sont élaborées et appliquées sur le terrain** », la revue enregistre l'existence de normes nationales pour l'utilisation des ASC tant au niveau du mode de leur recrutement, du paquet d'activités (paquet complet et paquet minimum), la couverture des communautés en ASC (nombre de manages/personnes par ASC) et au niveau de la motivation des ASC aussi bien par les partenaires que par les communautés (motivations financières et non financières). Cependant, il existe des insuffisances dans l'application de ces normes et des efforts doivent être faits pour les corriger. C'est par exemple le cas de l'absence des procédures de mise en œuvre du PMA, de l'insuffisance de couverture des communautés en ASC formés sur le PMA et la surcharge de travail pour des ASC à certains endroits.

Concernant le deuxième résultat attendu « **les capacités techniques des acteurs communautaires sont renforcées** », la revue a noté la formation de plus de 13 000 agents communautaires (dont 15% sur les PFE, 82% sur le PMA des ASC parmi lesquels 87% ont été positionnés dans les localités au-delà de 5 km d'un ESPC). Toutefois, ce nombre d'ASC formés demeure insuffisant au regard des besoins. Heureusement, des formations sont prévues sur les deux années restant du PSNSC.

Au regard du troisième résultat attendu de l'axe stratégique 3 « **les ASC sont régulièrement approvisionnés en médicaments et intrants** », la revue note l'existence d'un manuel de procédures du système intégré de gestion logistique des produits de santé en Côte d'Ivoire prenant en compte les ASC, l'existence de notes circulaires relatives à la mise à disposition de médicaments au bénéfice des ASC, à la distribution d'ARV et autres intrants par les ASC, à la mise à disposition des ASC des intrants de lutte contre la pneumonie et la diarrhée et à l'utilisation de l'amoxicilline par les ASC. La revue note également que les ASC formés sont plus ou moins approvisionnés en médicaments et intrants. Cependant, il ressort de la revue que la distribution des médicaments au niveau communautaire par les ASC est insuffisante. En effet, seulement 42% des ASC disposeraient des TDR, 19% de l'Amoxicilline, 28% du SRO+Zinc, 43% des CTA, 23% du Paracétamol, 3% des produits contraceptifs et 58% d'une caisse de médicaments.

Au titre de l'**axe stratégique 4** et de son premier résultat attendu « **les données de la santé communautaire sont intégrées dans le système national de l'information sanitaire** », la revue note une prise en compte des données communautaires dans le SNIS. En effet, des indicateurs en lien avec les interventions communautaires ont été définis et intégrés dans le dictionnaire des indicateurs de santé. Des indicateurs communautaires sont également définis dans les plans de suivi-évaluation des programmes de Santé. En plus, les données communautaires sont saisies dans DHIS2 au niveau régional et district sanitaire. Les ASC produisent des rapports mensuels d'activités qui sont repris dans les rapports des ESPC à travers un rapport complémentaire communautaire. Cependant, l'on note l'absence d'un plan national de suivi-évaluation des interventions communautaires.

En ce qui concerne le deuxième résultat attendu « **la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire est promue** », la revue note la mise en œuvre d'un cadre de collaboration avec PACCI en vue de la documentation scientifique des expériences et bonnes

pratiques. Toutefois, les conventions de partenariat avec les institutions de formation et de recherche ne sont pas en place.

En lien avec le troisième résultat attendu « **le partage des bonnes pratiques en santé communautaire est promu** », la revue note malgré l'inexistence d'un cadre national comme prévu par le PSNSC, néanmoins le partage de bonnes pratiques est fait à travers les différentes réunions de coordination et de bilan de la santé communautaire et à l'occasion de réunions internationales et sous régionales.

Concernant le quatrième et dernier résultat attendu de cet axe stratégique 4 « **le suivi, la supervision, le monitoring et le coaching des acteurs de la santé communautaire sont renforcés** », la revue a noté l'existence d'un guide national de supervision et les grilles de supervision afférentes. Cependant, ce guide n'est pas conforme au PMA des ASC et les grilles ne couvrent pas tous les aspects du PMA.

Au titre de l'axe stratégique 5 et de son premier résultat attendu « **les mécanismes de financement de la santé communautaire sont renforcés** », la revue relève l'absence d'un mécanisme dédié de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire. Le plan de mobilisation des ressources attendu n'est pas encore disponible. Cependant, il existe des contributions de la part de l'Etat, des collectivités locales, des communautés elles-mêmes et des partenaires. L'implication des collectivités locales et des communautés dans le financement de la santé communautaire demeure encore très limitée. Très peu voire aucune intervention de renforcement des capacités des communautés en matière de mobilisation des ressources tant au plan local qu'international n'a été menée. Enfin, la prise en compte des acteurs communautaires dans le mécanisme de financement basé sur la performance reste très limitée malgré l'ébauche lancée par Alliance CI et le PNLT dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

En lien avec le deuxième et dernier résultat attendu de cet axe stratégique 5 « **un mécanisme de gestion des ressources mobilisées est en place** », la revue note que le mécanisme de gestion des ressources mobilisées pour la santé communautaire attendu, prenant en compte la coordination des financements le rapportage et la redevabilité, n'est pas encore en place. Cependant, il existe des mécanismes de rapportage financier spécifiques à chaque partenaire et en lien avec son financement. Ce gap doit être rapidement adressé pour les années à venir.

Il convient également de noter que le PSNSC 2017-2021 n'a pas bénéficié de plans d'action opérationnel avec un planning, des cibles à atteindre, des indicateurs et un budget annuellement défini. Ce qui aura été une limite majeure de la revue à mi-parcours.

5 LECONS APPRISES

Au sortir de la revue à mi-parcours du PSNSC 2017-2021, les leçons apprises suivantes sont mises en exergue :

- La budgétisation du PSNSC et l'élaboration d'un plan opérationnel budgétisé facilitent la mise en œuvre du PSNSC, y compris la mobilisation et la gestion des ressources ainsi que la redevabilité à l'égard des différents acteurs ;

- La capitalisation des acquis et de l'existant au niveau des programmes de santé et des organisations de la société civile en matière d'interventions communautaires pourrait faciliter la suite de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ;
- La mobilisation et l'engagement de tous les acteurs y compris les communautés à toutes les étapes du PSN est un élément de succès dans la mise en œuvre du PSNSC ;
- Les rencontres de coordination des activités communautaires impliquant les acteurs de mise en œuvre améliorent l'atteinte des résultats

6 RECOMMANDATIONS

Les difficultés de l'évaluation du financement du PSNSC 2017-2021 ainsi que celles rencontrées dans la mise en œuvre des activités, nous amène à faire les recommandations suivantes :

6.1 Au MSHP

6.1.1 Au Cabinet du Ministre

Les plus hautes autorités du Ministère devraient continuer à s'approprier ce document stratégique, le valoriser auprès du gouvernement par une Communication en Conseil de Ministre et même à l'assemblée nationale. Elles devraient augmenter la part du financement alloué au regard des interventions.

6.1.2 A la Direction en charge de la santé communautaire

Cette direction devra :

- Veiller à ce que le PSNSC soit disponible auprès de l'ensemble des parties prenantes ;
- Elaborer, pour une mise en œuvre optimale, un plan d'action opérationnalisé du PSNSC décrivant en détail comment les objectifs du plan stratégique seraient atteints, de même que comment les ressources seraient déployées pour atteindre les résultats y compris comment les ressources seraient attribuées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et aux acteurs non gouvernementaux ;
- Elaborer un plan de suivi-évaluation du PSN SC décrivant un cadre de mesure du rendement ;
- Présenter les projections de financement incluant toutes les sources de financement, précisant les engagements financiers venant des principales sources, nationales ou internationales ;
- Elaborer un plan conjoint d'examen périodique par lesquels les conclusions alimenteront la prise de décision ;
- Elaborer un document de procédures de gestion des ressources mobilisées au niveau central, régional et départemental ;
- Mettre en place un comité de suivi des financements alloués ;
- Poursuivre le plaidoyer auprès des autorités compétentes afin que le document de statut des ASC soit signé ;
- Elaborer les documents majeurs de la mise en œuvre de la santé communautaire ;
- Poursuivre le déploiement des ASC pour améliorer de la couverture des aires de santé par les ASC ;
- Veiller au respect du PMA à tous les niveaux ;
- Mettre en place tous les mécanismes d'amélioration de l'approvisionnement des ASC en stocks de médicaments et leur gestion ;

- Conduire des réflexions pour apporter une clarification du cadre réglementaire des Conseillers Communautaires et autres éducateurs de pairs, ainsi que les acteurs communautaires de lutte contre la tuberculose ;
- Renforcer les capacités techniques et de mobilisation des ressources pour la réalisation des activités de recherche opérationnelle au niveau communautaire ;
- Mettre en place un système d'accompagnement des acteurs communautaires dans la conduite des actions de recherche opérationnelle et dans la diffusion des résultats de recherche à tous les niveaux ;
- Mettre en place un système d'accompagnement des acteurs communautaires pour la consolidation des bonnes pratiques au niveau central et déconcentré.

6.1.3 Aux autres structures tant du MSHP que des autres ministères techniques intervenant dans la santé communautaire

Les autres structures du MSHP (Directions centrales, les Directions de Coordinations des programmes, les Directions Générales des EPN, les Directions régionales et les Directions départementales de santé) et les structures (à différents niveaux) des ministères techniques intervenant dans la santé communautaire doivent :

- S'approprier le PSNSC ;
- Reverser le point de financement des interventions au niveau communautaire ;
- Assurer la disponibilité de certaines données ;
- Impliquer la Direction en charge de la santé communautaire depuis la conception de leurs différents plans ;
- Transmettre à la direction en charge de la santé communautaire les bilans financiers annuels de ces plans, les revues ou évaluations à mi-parcours et les revues finales ;
- Assurer l'élaboration de plan de mobilisation de ressources pour le financement de leur santé élaboré par les communautés ;
- Assurer l'implication des communautés en matière de mobilisation.

6.2 Aux Communautés

Les communautés doivent :

- Reverser le point de financement des interventions au niveau communautaire ;
- Assurer la disponibilité de certaines données ;
- Assurer l'élaboration de plan de mobilisation de ressources pour le financement de leur santé élaboré par les communautés ;
- Impliquer les districts sanitaires depuis la conception de leurs différents plans ;
- Transmettre au district sanitaire les bilans financiers annuels de ces plans ;
- Assurer l'implication des communautés en matière de mobilisation.

6.3 Aux partenaires techniques et financiers

Les PTF devraient :

- Aligner leur financement sur les priorités dégagées dans le PSNSC ;
- Assurer leur participation physique et financière à l'élaboration du PSNSC, aux revues conjointes ;
- Participer aux réunions conjointes d'évaluation des financements. En effet, Il est particulièrement important que le processus remporte une adhésion suffisante des

Partenaires afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie, à commencer par l'allocation des ressources financières et matérielles que celle-ci implique.

Globalement, les acteurs de la santé communautaire devraient au sortir de cette revue élaborer un plan intégré d'action opérationnel et de suivi-évaluation avec des indicateurs, des cibles et un budget bien défini. Ce qui facilitera le suivi de la mise en œuvre du PSNSC. Il conviendrait que la DSC revisite les définitions et les concepts afin de faire la part des choses entre la santé communautaire, les soins de santé primaires et les interventions communautaires. A titre d'exemple, un ASC est un acteur communautaire mais tous les acteurs communautaires de la santé ne sont pas des ASC. La santé communautaire pourrait être définie comme l'ensemble des interventions de santé définies par les communautés et mise en œuvre par ces communautés avec ou sans assistance extérieure. Et les interventions communautaires de santé seraient toutes les interventions de santé menées dans les communautés par les communautés et par des structures/organisations extérieures (établissements de santé, ONG, partenaires, etc.).

CONCLUSION

Après trois années de mise en œuvre du PSNSC 2017-2021, la revue à mi-parcours (2017-2019) réalisée note que les objectifs majeurs fixés ne sont pas atteints et qu'en l'absence d'actions vigoureuses ne pourraient être atteints d'ici la fin de l'exécution du PSNSC 2017-2021. Certes des avancées sont à noter mais beaucoup reste encore à faire.

Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire n'est pas encore très perceptible malgré les résultats obtenus. Des textes majeurs dans ce contexte sont toujours en attente de signature par l'autorité compétente et d'autres éléments ne sont pas encore en place après trois ans de mise en œuvre du PSNSC. Il s'agit à titre d'exemple du document de politique nationale de santé communautaire et du cadre juridique portant statut et mécanisme de motivation des ASC.

Le renforcement de la participation et de l'engagement des communautés et des collectivités locales dans la santé communautaire reste limité eu égard au fait qu'en l'état actuel des choses, les communautés n'identifient pas elles-mêmes leurs besoins en santé et ne décident pas des actions à mener pour faire face aux besoins identifiés. Dans la majorité des cas, les communautés subissent les objectifs, la vision et les interventions des partenaires et des professionnels de santé.

Au regard de la revue, l'amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires reste le domaine dans lequel des progrès importants ont été réalisés en termes de formation des ASC, de la couverture géographique des ASC, etc. Cependant, il existe des insuffisances comme par exemple l'absence des procédures de mise en œuvre du PMA, l'insuffisance de couverture des communautés en ASC formés sur le PMA et la surcharge de travail pour des ASC à certains endroits.

Au niveau du renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire, la revue à mi-parcours révèle l'absence de document opérationnel de suivi-évaluation de la santé communautaire, l'inexistence d'un cadre national de supervision de la

santé communautaire et l'absence d'un cadre national de partage des bonnes pratiques. Tous ces éléments sont prévus par le PSNSC 2017-2021 et doivent être adressés.

En ce qui concerne le renforcement du financement de la santé communautaire, la revue relève l'absence d'un mécanisme dédié de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire assorti d'un plan de mobilisation des ressources. Aussi, l'implication des collectivités locales et des communautés dans le financement de la santé communautaire demeure encore très limitée, de même que le renforcement des capacités des communautés en matière de mobilisation des ressources. Enfin, la revue note que le mécanisme de gestion des ressources mobilisées pour la santé communautaire attendu, prenant en compte la coordination des financements, le rapportage financier et la redevabilité, n'est pas encore en place.

En plus de ce que précède, il convient de noter que la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 a été limitée sur la période 2017-2019 par l'absence d'un plan d'action opérationnel et d'un plan de suivi-évaluation avec un planning d'exécution des interventions, des indicateurs, des cibles et un budget bien définis annuellement. Aussi, à l'issue de cette revue à mi-parcours, la Direction de la santé communautaire devrait rapidement élaborer un plan d'action opérationnel avec un plan de suivi-évaluation pour les années restant de mise en œuvre.

ANNEXES

ANNEXES 1 : DESCRIPTION ET DONNEES DE BASE DU PSN-SC

Axe stratégique 1 : Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire		
Orientation stratégique 1 : Création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire		
Stratégie d'intervention 1 (SI1) :	Stratégie d'intervention 2 (SI2) :	Stratégie d'intervention 3 (SI3) :
Définition de la politique nationale de santé communautaire, du cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre	Définition du modèle des ASC, du paquet minimum d'activités et du mécanisme de motivation	Mise en place et renforcement des organes de gestion du cadre institutionnel de mise en œuvre de la santé communautaire (Comité national de coordination et les comités décentralisés).
Situation de base de l'environnement de mise en œuvre de la santé communautaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de politique nationale de santé communautaire • Absence d'un cadre règlementaire et législatif pour les ASC dans le cadre de la participation communautaire • 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) • Non définition du statut des agents de santé communautaire • Absence de réformes institutionnelles formalisant les interventions des agents de santé communautaire • Absence d'un comité national de coordination des activités communautaires • Existence de comités décentralisés (région et district), mais des insuffisances constatées dans leur fonctionnement 		
Orientation stratégique 2 : Renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé.		
Stratégie d'intervention 4 (SI4) :	Stratégie d'intervention 5 (SI5) :	Stratégie d'intervention 6 (SI6) :
Formalisation de la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié	Introduction de nouvelles technologies pour améliorer le système d'information	Elaboration des outils de collectes de données
Situation de base de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé		
<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'outils harmonisés de supervision des acteurs communautaires • Non intégration des aspects communautaires dans la grille de supervision de l'ECD et de l'ERS • Manque de supervision intégrée des acteurs communautaires • Disponibilité de plusieurs types d'outils de collecte de données liés aux différents partenaires d'appui • Absence d'outils standards homologués pour la collecte de données au niveau communautaire • Absence de la supervision des acteurs communautaires dans le guide national de supervision 		

- Absence du classeur de supervision de l'IDE superviseur et celui de l'ASC supervisé
- Absence d'allocation de carburant et de collation aux IDE par le district pour la supervision des acteurs communautaires
- Faible promptitude des rapports communautaires

Orientation stratégique 3 : Harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire

Stratégie d'intervention 7 (SI7) :

Définition d'un paquet standard de services pour les différentes catégories d'acteurs de la santé communautaire

Stratégie d'intervention 8 (SI8) :

Assurance d'une offre de service de qualité sur toute l'étendue du territoire national

Situation de base du paquet standard harmonisé de services pour les acteurs de la santé communautaire

- Existence d'interventions communautaires disparates entraînant une répliation des interventions sur les mêmes cibles
- Absence de synergie d'action entre les acteurs des services sociaux de base
- Absence de Paquet Minimum d'Activités standardisé et homologué des ASC
- Absence d'un mécanisme formel de motivation des ASC

Orientation stratégique 4 : Elaboration d'un curriculum de formation des ASC

Stratégie d'intervention 9 (SI9) :

Elaboration d'un plan de formation national sur la base de supports consensuels adaptés

Stratégie d'intervention 10 (SI10) :

Elaboration d'un plan de suivi de la qualité de la formation national

Situation de base sur l'existence d'un curriculum de formation des ASC

- Inexistence d'un cursus et un curriculum de formation des acteurs communautaires
- Absence de standardisation de la formation des agents de santé communautaire (ASC).
- Absence de plan de formation
- Absence de plan de suivi de la formation

Orientation stratégique 5 : Définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

Stratégie d'intervention 11 (SI11) :

Formalisation du mécanisme de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

Stratégie d'intervention 12 (SI12) :

Plaidoyer auprès du MSHP, des PTF et des collectivités locales dans l'optique de contribuer à la motivation des ASC

Situation de base

- Absence d'un cadre juridique (loi, décret, arrêté ou circulaire) octroyant aux acteurs communautaires des primes, des facilités d'accès aux soins et la définition des soutiens de la communauté.

- Absence de lignes budgétaires dans le budget de l'Etat et des collectivités locales pour le financement de la motivation des acteurs communautaires
- La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé est limitée et non harmonisée,

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

Orientation stratégique 1 : Renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes

Stratégie d'intervention 13 (SI13) :

Mise en place d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires

Stratégie d'intervention 14 (SI14) :

Responsabilisation et appropriation de la santé communautaire par les collectivités locales

Situation de base

- 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 limitée des activités
- Insuffisance des capacités techniques de gestion de la santé communautaire des collectivités locales
- Insuffisance de clarification des liens entre les collectivités locales et les districts et les régions sanitaires
- Faible appropriation des rôles des collectivités locales en matière de suivi et coordination de la santé communautaire
- Insuffisance d'intégration des interventions communautaires dans les plans et cadres d'action des services sociaux de base (éducation, protection, santé, eau, hygiène et assainissement)

Orientation stratégique 2 : Développement et mise en œuvre d'une approche communautaire participative et intégrée

Stratégie d'intervention 15 (SI15) :

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

Stratégie d'intervention 16 (SI16) :

Renforcement des instances de gestion communautaires que sont les comités de santé et les comités de gestion.

Situation de base

- Insuffisance des capacités des communautés pour l'identification de leurs besoins et objectifs en matière de santé
- Non disponibilité des outils auprès des communautés pour le renforcement de la mobilisation, la participation et l'engagement communautaire
- Absence de diagnostics communautaires réalisés par les communautés pour une meilleure prise en charge de leur santé
- Absence de plan de participation communautaire pour l'amélioration de leur santé élaborée par les communautés
- Fonctionnalité limitée de certaines instances (comités de santé, comités de gestion, comité d'action sanitaire, etc.)
- Faible pérennisation des activités et fidélisation des ressources humaines au niveau communautaire.
- Non capitalisation des avantages comparatifs par les cadres de collaboration existant entre les services sociaux de base pour une amélioration des interventions communautaires

Axe stratégique 3 : L'amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires	
Orientation stratégique 1 : Élaboration et application des normes nationales d'utilisation des ASC	
Stratégie d'intervention 17 (SI17) : Révision et définition des normes nationales d'utilisation des ASC	Stratégie d'intervention 18 (SI18) : Diffusion des normes à toutes les parties prenantes
Situation de base <ul style="list-style-type: none"> • <i>La majorité des districts/régions sanitaires se trouve en deçà du ratio ressources humaines communautaires par district/région sanitaire</i> • <i>Absence de couverture totale des aires des localités, des districts sanitaires et des régions sanitaires par les interventions communautaires</i> 	
Orientation stratégique 2 : Renforcement des capacités techniques des acteurs communautaires	
Stratégie d'intervention 19 (SI19) : Formation/ recyclage sur la prise en charge, la gestion, la communication, le rapportage	Stratégie d'intervention 20 (SI20) : Dotation en matériels tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion
Situation de base <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les nombreux acteurs institutionnels, associatifs ou privés ont tendance à développer leurs propres outils ou supports dans des champs de compétences partagées.</i> • <i>Rupture fréquente des outils de gestion</i> 	
Orientation stratégique 3 : Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants	
Stratégie d'intervention 21 (SI21) : Assurance de la disponibilité des médicaments grâce une dotation initiale conformément à la liste validée	Stratégie d'intervention 22 (SI22) : Elaboration d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC
Situation de base <ul style="list-style-type: none"> • <i>Existence de rupture fréquente de médicaments et intrants stratégiques au niveau de centre de santé</i> • <i>Difficulté d'obtention des stocks de médicaments et intrants par les agents de santé communautaire du fait de l'existence de barrières entre le personnel de santé et les ASC (manque de légitimité auprès du personnel de santé)</i> • <i>Absence de formation des ASC en gestion des stocks de médicaments et intrants stratégiques</i> 	
Axe stratégique 4 : Le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	
Orientation stratégique 1 : Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS	

<p><u>Stratégie d'intervention 23 (SI23) :</u> Elaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires</p>	<p><u>Stratégie d'intervention 24 (SI24) :</u> Prise en compte des indicateurs communautaires nationaux définis dans le dictionnaire afin d'harmoniser les outils de collectes de données</p>
<p><u>Situation de base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Insuffisance des systèmes d'information et de gestion de la santé communautaire</i> • <i>Insuffisance du suivi-évaluation des interventions de santé communautaire</i> • <i>Manque de supervision intégrée et d'outils harmonisés</i> 	
<p>Orientation stratégique 2 : Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire</p>	
<p><u>Stratégie d'intervention 25 (SI25) :</u> Promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire par des conventions de partenariats avec les institutions de formation et de recherche</p>	<p><u>Stratégie d'intervention 26 (SI26) :</u> Exécution conjointe de projet de recherche pour améliorer la qualité et la pérennité des interventions communautaires.</p>
<p><u>Situation de base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La recherche opérationnelle sur les interventions communautaires est insuffisamment promue</i> • <i>Faible collaboration entre les institutions de recherche et les structures de mise en œuvre des interventions communautaires</i> • <i>Faible organisation de la documentation (accès, diffusion) sur la santé communautaire</i> 	
<p>Orientation stratégique 3 : Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire</p>	
<p><u>Stratégie d'intervention 27 (SI27) :</u> 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</p>	<p><u>Stratégie d'intervention 28 (SI28) :</u> Création de plateforme (réseau) de partage de bonnes expériences</p>
<p><u>Situation de base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un manque de partage d'expériences et d'informations</i> 	
<p>Orientation stratégique 4 : Renforcement du suivi, de la supervision, du monitoring et du coaching des acteurs de la santé communautaire</p>	
<p><u>Stratégie d'intervention 29 (SI29) :</u> Elaboration du guide de supervision et de renforcement des capacités des ASC par les médecins, les infirmiers ou les Sage femmes</p>	<p><u>Stratégie d'intervention 30 (SI30) :</u> Elaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des activités communautaires définissant la périodicité des supervisions, coaching et monitoring des activités</p>

Situation de base

- *Insuffisance de supervision en quantité et en qualité des IDE, des ASC et des autres acteurs*

Axe stratégique 5 : Le renforcement du financement de la santé communautaire**Orientation stratégique 1 : Renforcement des mécanismes de financement de la santé communautaire****Stratégie d'intervention 31 (SI31) :**

Plaidoyer pour une réallocation de la part du budget alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires.

Stratégie d'intervention 32 (SI32) :

Plaidoyer auprès des collectivités et les PTF pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financements

Stratégie d'intervention 33 (SI33) :

Extension du FBP au niveau communautaire

Situation de base

- *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 limitée des financements (Coordination limitée des financements)*
- *Faible appropriation des rôles des collectivités locales en matière de financement de la santé communautaire*
- *Absence de plan de mobilisation de ressources élaboré par les communautés pour le financement de leur santé*
- *Insuffisance de compétences des communautés pour la recherche des financements au niveau local et à l'extérieur*
- *Faible implication de la communauté (collectivité, OSC/OBC, etc.) en matière de mobilisation de ressources pour le financement de leurs interventions de santé*
- *Insuffisance de la participation des acteurs locaux dans le financement des interventions communautaires*
- *Non prise en compte des acteurs communautaires dans la stratégie de FBP*

Orientation stratégique 2 : Mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources mobilisées.**Stratégie d'intervention 34 (SI34) :**

Elaboration d'un document de procédures de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires

Stratégie d'intervention 35 (SI35) :

Définition d'un mode de répartition des ressources mobilisées entre le financement de la mise en œuvre des interventions, de la motivation des ASC, de la coordination et du suivi-évaluation

Stratégie d'intervention 36 (SI36) :

Diffusion aux parties prenantes de rapports de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires

Situation de base

- *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 limitée des financements (Coordination limitée des financements)*

ANNEXES 2 : MATRICE DES RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN-SC

L'analyse sera faite selon les piliers du cadre stratégique et la stratification que la revue a décidé de mettre en place (national, régional, district, ESPC, et communauté (incluant les ASC et les autres membres de la communauté).

AXE 1 : LE RENFORCEMENT DU CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE						
CRITERES D'APPRECIATION		NIVEAU CENTRAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NIVEAU ESPC	
Orientation stratégique	Stratégie d'intervention				ESPC	Communauté
Création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire	1. Définition de la politique nationale de santé communautaire, du cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Le document politique nationale de santé communautaire n'a pas été élaboré</i> ▪ <i>Le projet d'arrêté ministériel portant organisation, composition et fonctionnement du Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPIS) a été transmis à la signature</i> ▪ <i>Une note circulaire (n°1205 du 14/02/2020) qui adresse la distribution</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>82% des Régions ont connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire</i> ▪ <i>82% des structures disposent du PSN-SC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>69% des Districts ont connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire</i> ▪ <i>53% des structures disposent du PSN-SC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>73% des ESPC ont eu connaissance du PSN-SC</i> ▪ <i>57% ont bénéficié d'une restitution/format ion sur le PSNSC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>41% disposent d'un Comité Villageois de Santé (CVS) et 79% d'un Comité Villageois de Développement (CVD)</i>

		<p><i>communautaire des ARV a été prise</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Une note circulaire (n°0034 du 10 juin 2020) qui adresse la distribution communautaire des préservatifs et gels lubrifiants du programme VIH a été prise</i> ▪ <i>Une politique de délégation de tâches en santé de la reproduction (intégrant tous les niveaux) a été élaborée</i> ▪ <i>L'arrêté portant organisation et attribution de fonctionnement de la DSC a été révisé (il précise les missions d'assistance technique, de coordination et de gestion documentaire de la santé communautaire a été)</i> ▪ <i>80% des structures ont connaissance</i> 				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 56% des structures disposent du PSN-SC ▪ 80% des structures ont participé à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021 				
	<p>2. Définition du modèle des ASC, du paquet minimum d'activités et du mécanisme de motivation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un modèle consensuel de définition des ASC existe ▪ Le paquet complet et le PMA intégré des ASC ont été élaborés ▪ Un mécanisme de motivation financière et non financière consensuel des ASC a été défini ▪ Une cartographie nationale ainsi qu'une base de données des ASC ont été élaborées ▪ 88% des structures ont connaissance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% des Régions ont connaissance d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 54% des Districts ont connaissance d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 95% des ASC ont été formés sur le PMA ▪ Tout le PMA n'est pas totalement mis œuvre par les ASC pour une insuffisance des intrants

		<i>d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC</i>				
	3. Mise en place et renforcement des organes de gestion du cadre institutionnel de mise en œuvre de la santé communautaire (Comité national de coordination et les comités décentralisés)	<p>Quels sont les organes de gestion existant ?</p> <p>Quels sont les organes fonctionnels ?</p> <p>Comment cela se matérialise ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Cadre Permanent de Concertation est créé et en cours de formalisation (arrêté à la signature) ▪ Le cadre Permanent de Concertation est fonctionnel depuis octobre 2019 (organisation de 6 réunions des sous-groupes thématiques assorties de PV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 36% des Régions disposent d'un comité régional de coordination des activités communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78% des Districts disposent d'un comité départemental de coordination des activités communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 93% des ESPC déclarent avoir un COGES ▪ 72% des COGES existants sont fonctionnels ▪ 50% des COGES fonctionnels ont fait entre 0 et 2 réunions en 2019 ▪ 88% des COGES fonctionnel ont fait 5 réunions ou moins au cours de l'année 2019 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 53% des membres de la communauté déclarent que le Comité de Gestion (COGES) est fonctionnel ▪ 33% des membres ont participé aux réunions
Renforcement de l'intégration de la	4. Formalisation de la supervision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le guide national de supervision n'a pas été révisé pour 	27% des Régions réalisent au moins une visite de supervision des activités	48,4% des Districts disposent d'un programme de supervision des activités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49% des ESPC établissent un programme de 	

santé communautaire dans le système national de santé.	des acteurs communautaires par le personnel qualifié	<i>intégrer les aspects de santé communautaire</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Les grilles de supervision intégrée des acteurs communautaires n'ont pas été adaptées au PMA des ASC (Intégration de la supervision intégrée dans la formation des acteurs communautaires : rôles et responsabilités des superviseurs, grille de supervision)</i> ▪ <i>Absence de document opérationnel de santé communautaire</i> ▪ <i>56% des structures participent aux supervisions des interventions communautaires.</i> 	<i>communautaires</i>	<i>communautaires</i>	<i>supervision des ASC</i>	
5. Introduction de nouvelles technologies	Quels sont les TIC arrimées au développement de la					

	<p>pour améliorer le système d'information</p>	<p>santé communautaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les formulaires communautaires ont été paramétrés dans DHIS 2 (à partir de 2018) ▪ Utilisation de tablette/smartphone dans la mise en œuvre des interventions communautaire (suivi des FE dans la Zone FM/Save the Children, système d'alerte précoce au niveau communautaire, supervision dédiée des ASC, etc.) ▪ Existence de Partenariat MSHP et certains ONGs/Opérateurs de téléphonie mobile pour l'introduction de nouvelles technologies pour améliorer le système d'information communautaire 				
--	--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paiement des Acteurs intervenant dans la Communauté (ASC, GF, IDE, ECD...) à travers les plateformes électroniques 				
	6. Elaboration des outils de collectes de données	<p>Quels sont les outils élaborés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les outils intégrés de collectes de données communautaires ont été élaborés (ASC, GF, EMC, Praticiens de la Médecine Traditionnelle) ▪ Les rapports d'activités des ASC ont été consolidés et uniformisés en 2019 				
Harmonisation du paquet standard de services pour les acteurs de la santé communautaire	7. Définition d'un paquet standard de services pour les différentes catégories d'acteurs de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le PMA des ASC a été harmonisé et homologué ▪ Les outils de formation des ASC conformes au PMA ont été élaborés ▪ Existence de PMA pour certaines catégories d'acteurs (FRANC, conseillers 		Certains documents (Paquet Complet et le PMA, le manuel de référence de formation) n'ont pas encore été mis à la disposition des DS	Les IDE/SF formés disposent des outils de formations	Les ASC formés disposent des outils de formations

		<i>communautaires VIH et TB</i> ;				
	8. Assurance d'une offre de service de qualité sur toute l'étendue du territoire national	<p>Il y a-t-il une démarche qualité de la mise en œuvre des interventions (Référentiel de bonnes pratiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption depuis 2018 d'une approche de soins différenciés dans la PEC des PVVIH (Document national sur les soins différenciés) ▪ Existence depuis 2018 d'une matrice Excel de monitoring des interventions ▪ Existence depuis 2018 d'une politique d'amélioration 	56% des structures participent aux supervisions des interventions communautaires	<p>27% des Régions réalisent au moins une visite de supervision des activités communautaires</p> <p>Existence des PMA dans les ESPC</p> <p>Formation des IDE/SF</p> <p>Organisation des supervisions des ASC</p>	<p>48,4% des Districts disposent d'un programme de supervision des activités communautaires</p> <p>Formation des ASC</p> <p>Disponibilité des PMA</p>	

		<p>de la qualité des soins</p> <p>Les normes de qualité de l'offre de service existent à travers le PMA mais absence de procédures de mise en œuvre</p>				
<p>Elaboration d'un curriculum de formation des ASC</p>	<p>9. Elaboration d'un plan de formation national sur la base de supports consensuels adaptés</p>	<p><i>Le MSHP à travers la DSC, a développé un curriculum intégré, qui a été appelé Paquet Minimum d'Activité (PMA).</i></p> <p>Guide national de formation des ASC, manuel technique, etc. (version 2018)</p> <p>Un plan de formation des ASC sur la COVID-19 a été élaboré par la DFR en avril 2020 (plan de formation en cascade)</p>				

	10. Elaboration d'un plan de suivi de la qualité de la formation national	<p>Quelles sont les modalités pour apprécier la qualité de la formation ?</p> <p>(comment on fait pour savoir que la personne jouit d'une bonne formation)</p> <p>Absence de plan de suivi de la qualité de la formation</p>			Différences dans la mise en œuvre pour les ASC de base qui servent la population au-delà des 5 km et ceux qui travaillent dans le rayon de 5 km d'un ESPC	
Définition d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire	11. Formalisation du mécanisme de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire	<p><i>Appréciation du mécanisme de motivation en place ??</i></p> <p><i>Connaissance des critères et des délais pour payer les primes ??</i></p> <p><i>Le PSN SC décrit le mécanisme de motivation des ASC</i></p> <p><i>Plaidoyer pour la signature du statut des ASC</i></p> <p><i>Absence d'un cadre</i></p>	▪			

		<i>juridique portant statut et mécanisme de motivation des acteurs communautaires de mise en œuvre (lois, arrêté, circulaire, décret)</i>				
	12. Plaidoyer auprès du MSHP, des PTF et des collectivités locales dans l'optique de contribuer à la motivation des ASC	<p>Nombre de structure engagés dans le soutien à la motivation des ASC</p> <p>Quelles sont les modalités de cet engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Existence d'un Plan de Financement Global de la santé (2021-2025) (GFF) prenant en compte la motivation de 20 000 ASC;</i> ▪ <i>Motivation des ASC par les PTF dans leurs zones d'intervention</i> 				

AXE 2 : LE RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION ET DE L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTES ET DES COLLECTIVITES LOCALES

CRITERES D'APPRECIATION		NIVEAU CENTRAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NIVEAU ESPC	
Orientation stratégique	Stratégie d'intervention				ESPC	Communauté
<p>Renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes</p> <p>Renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes</p>	<p>13. Mise en place d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un cadre permanent de concertation a été mis en place depuis octobre 2019 ▪ 64% des structures ont connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ▪ 60% des structures participent aux réunions de la plateforme de collaboration ou du cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 54% des Régions ont connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. ▪ Existence de cadre de concertation multisectorielle permanent prenant insuffisamment en compte les questions de santé communautaire (Ex Recherche de solutions préventives et promotionnelles) ▪ Comité régional de lutte contre les épidémies et les urgences sanitaires, ▪ Comité régional de lutte contre les décès 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78% des Districts ont connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. ▪ Existence de cadre de concertation multisectorielle permanent prenant insuffisamment en compte les questions de santé communautaire ▪ Comité départemental de lutte contre les épidémies et les urgences sanitaires, ▪ Comité départemental de lutte contre les décès maternels, comité départemental de lutte contre le SIDA) ▪ Comité sous préfectorale pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 93% des ESPC déclarent avoir un COGES 	

			<i>maternels</i> <ul style="list-style-type: none"> Comité régional pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (CORNAPE) 	<i>petite enfance (COSNAPE)</i> <ul style="list-style-type: none"> Equipe de mobilisation communautaire 		
	14. Responsabilisation et appropriation de la santé communautaire par les collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> 64% des structures ont connaissance d'un mécanisme de collaboration entre les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG Participation de l'UVICOCI aux réunions du Cadre Permanent de Concertation Absence de cadre de concertation multisectorielle pour les interventions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance d'informations sur les opportunités de financement au niveau des collectivités territoriales 91% des Régions déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales y compris les ONG 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance d'informations sur les opportunités de financement au niveau des collectivités territoriales 77% des Districts déclarent que les collectivités locales sont impliquées dans la mise en œuvre de la santé communautaire 84% des Districts déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales. 	<ul style="list-style-type: none"> 93% des ESPC déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG. 	
Développement et mise en œuvre d'une approche	15. Participation active des communautés à toutes les	Absence de directive relative à la participation	<ul style="list-style-type: none"> 91% des Régions déclarent qu'il existe un mécanisme impliquant activement 	<ul style="list-style-type: none"> 57% des Districts affirment qu'il y a un mécanisme impliquant activement la 	<ul style="list-style-type: none"> 65% des ESPC déclarent qu'il y a un mécanisme impliquant 	<ul style="list-style-type: none"> 93% des répondants affirment que la communauté est impliquée dans les

communautaire participative et intégrée	<p>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</p>	<p>communautaire Existence d'outils de diagnostic communautaire au niveau des partenaires par contre le MSHP n'en dispose pas</p>	<p>la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire</p>	<p>communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire</p>	<p>activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% ont déclaré que la communauté participe à l'élaboration des micros plans. 	<p>actions de santé communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 99% des répondants affirment avoir participé au choix des ASC ▪ 96% des ASC ont affirmé participer aux réunions organisées par les IDE au centre de Santé ▪ 89% des ASC participent aux réunions organisées par la communauté. ▪ 73% des ASC mentionnent qu'ils rendent compte à la communauté ▪ 98% des ASC produisent des rapports d'activités mensuelles
	<p>16. Renforcement des instances de gestion communautaires que sont les comités de santé et les comités de gestion.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 73% des Régions ont déclaré avoir un point focal pour les activités de santé communautaire 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 93% des ESPC déclarent avoir un COGES ▪ 72% des COGES existants sont fonctionnels 	

AXE 3 : L'AMELIORATION DE LA COUVERTURE ET DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

CRITERES D'APPRECIATION		NIVEAU CENTRAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NIVEAU ESPC	
Orientation stratégique	Stratégie d'intervention				ESPC	Communauté
Élaboration et application des normes nationales d'utilisation des ASC	17. Révision et définition des normes nationales d'utilisation des ASC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% des structures supportent la stratégie de mobilisation communautaire ▪ 79% des structures ont des projets financés pour la mise en œuvre des interventions communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 54% des Régions ont connaissance des normes nationales d'utilisation des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78% des Districts ont connaissance des normes nationales d'utilisation des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ les ASC de base et les ASC coach n'ont pas le cadre règlementaire clair. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% des ASC couvrent moins de 100 ménages ▪ Le problème de l'accès géographique est vécu par 31% de la population qui réside au-delà de 5 km d'un ESPC
	18. Diffusion des normes à toutes les parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 62% des structures ont déclaré utiliser les ASC ▪ 52% utilisent les groupements féminins 				
Renforcement des capacités techniques des acteurs communautaires	19. Formation/recyclage sur la prise en charge, la gestion, la communication, le rapportage	<p><i>Nombre d'atelier de formation organisé</i></p> <p><i>Nombre de personne formés par catégorie d'acteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2044 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35% des Districts disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30% des ESPC disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 9 897 ASC ont été formés et positionnés dans les localités au-delà des 5 Km d'un ESPC ▪ 1 500 ASC dans le rayon de 5 km de certains ESPC. ▪ 95 % des ASC

		<p>groupements féminins formés sur les PFE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 397 ASC sur 14 556 formés sur le PMA (sur la période 2017-2018) ▪ 11397 ASC formés au PMA <p>1667 IDE/SFDE formés sur la supervision des ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 298 points focaux paludisme et CSAS formés l'utilisation des ASC ▪ 2086 points focaux des GF formés ▪ XX groupements féminins formés sur les PFE ▪ 55 équipes de mobilisation communautaires 				formés au PMA
--	--	---	--	--	--	---------------

		<p>formées</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 Formateurs du niveau central 				
	<p>20. Dotation en matériels tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion</p>	<p>Nombre été type de matériel mise à disposition</p> <ul style="list-style-type: none"> 1500 vélos acquis par la DSC et mis à disposition des 31 anciens districts sanitaires (en 2020) <p>5900 vélos acquis par SAVE THE CHILDREN et mis à disposition dans 44 districts sanitaires</p>		<ul style="list-style-type: none"> 97% des Districts déclarent que les équipements sont disponibles au niveau des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> 77% des ESPC ont déclaré que les équipements sont disponibles au niveau des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> 73% des ASC ont reçu des sacs pour leurs outils 16% des ASC ont reçu un Tee-shirt. 4% des ASC ont une balance salter 32% des ASC ont des fiches de référence 10% des ASC ont des fiches de stock 11 397 ASC équipés en kits (bottes, chasubles, MUAC, outils de collecte de données, etc.)
<p>Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants</p> <p>Élaboration et application des normes nationales</p>	<p>21. Assurance de la disponibilité des médicaments grâce une dotation initiale conformémen</p>	<p>Existence d'une circulaire qui organise la mise à disposition de médicaments au bénéfice des ASC</p>		<ul style="list-style-type: none"> 83% des Districts affirment que les médicaments sont disponibles au niveau des ASC Une cinquantaine de districts sanitaires équipés en camion fourgonnette pour 	<ul style="list-style-type: none"> 55% des ESPC ont affirmé que les médicaments sont disponibles au niveau des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> 58% des ASC mentionnent avoir reçu une caisse de médicaments Concernant les médicaments disponibles avec les ASC : <ul style="list-style-type: none"> 42% ont les TDR 19% ont

d'utilisation des ASC	t à la liste validée			l'acheminement des médicaments au dernier Km		<ul style="list-style-type: none"> - l'Amoxicilline ont 28% - SRO+Zinc ont 43% - CTA ont 23% - Paracetamol ont 3% - des produits contraceptifs
	22. Elaboration d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC	<p>Existence d'une circulaire qui organise la mise à disposition de médicaments au bénéfice des ASC</p> <p>Existence d'une circulaire n°1205/MSHP/CAB/D GS/PNLS/ du 14/02/2020 relative à la distribution d'ARV et autres intrants par les ASC</p> <p>Absence de guide d'approvisionnement, de gestion, et de dispensation des médicaments et des</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 45% des Régions disposent d'un guide d'approvisionnement de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC ▪ Les régions disposent d'un plan de distribution de médicament (pharmacies de régions) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 52% des Districts disposent d'un guide d'approvisionnement de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC ▪ 90% des Districts disposent d'une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire ▪ Les districts disposent d'un plan de distribution de médicament (pharmacies de districts) ▪ 90% des DS dispose d'une liste de médicaments au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 66% des ESPC disposent d'une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire 	

		<p>intrants des ASC</p> <p>Prise en compte de l'utilisation des CTA, SRO dans les documents de formation</p> <p>Les outils de collecte des données révisés des ASC intègrent la traçabilité des médicaments communautaires</p> <p>Note circulaire N° 325 du 11/06/2019 de la NPSP sur la mise à disposition des intrants communautaires de lutte contre la pneumonie et la diarrhée aux ASC</p> <p>Note circulaire N° 1134/MSLS/CAB du 29/10/2015 relative à l'utilisation de</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		l'amoxicilline par les ASC				
AXE 4 : LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE						
CRITERES D'APPRECIATION		NIVEAU CENTRAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NIVEAU ESPC	
Orientation stratégique	Stratégie d'intervention				ESPC	Communauté
Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire	23. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 88% des structures disposent d'un plan d'action opérationnel (PAO) intégrant des activités communautaires (NB : les PAO ne sont pas alignés sur le PSNSC) ▪ Absence de plan national intégré de suivi et évaluation des interventions communautaires cependant il existe des plans de suivi et évaluation intégrant les interventions communautaires au niveau des programmes de santé et des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% des Régions ont un plan d'action opérationnel (PAO) intégrant les activités de santé communautaire ▪ 27% des Régions ont un point focal santé communautaire qui réalise le suivi des activités communautaires. ▪ 58% des Régions produisent des rapports mensuels d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 84,4% de Districts ont un plan d'action opérationnel (PAO) intégrant les activités de santé communautaire ▪ 43,8% des districts dispose d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires ▪ 90,6% des districts sanitaires ont un point focal santé communautaire qui assure le suivi des activités communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 19% des ESPC ont des micros plans d'activités communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 77% des ASC de ces établissements produisent un rapport mensuel.

		<i>partenaires</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un service de suivi et évaluation au niveau de la DSC 				
	<p>24. Prise en compte des indicateurs communautaires nationaux définis dans le dictionnaire afin d'harmoniser les outils de collectes de données</p>	<p>03 ateliers organisés en 2019 pour la révision des outils communautaires avec la DIIS (intégration de nouveaux indicateurs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 73% des régions ont leurs données du niveau communautaire saisies dans le DHS12 ▪ 75% des Régions organisent des réunions de DHS12. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des Districts sanitaires saisissent les données au niveau communautaire dans le DHS12 ▪ 78,1% des Districts organisent la réunion de coordination des activités communautaires. ▪ (la revue du PNDS 2016-2020 indique que seules les données communautaires de 50% des districts ont été intégrées dans le DHS12) 	<p>Le rapport SNIS est accompagné d'un rapport communautaire complémentaire</p>	
<p>Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire</p>	<p>25. Promotion de la recherche opérationnelle en santé communautaire par des conventions de partenariats avec les institutions de formation et</p>	<p>Nombre de conventions de partenariat</p> <p>Absence de conventions de partenariat avec les institutions de recherches et de</p>				

	de recherche	formation				
	26. Exécution conjointe de projet de recherche pour améliorer la qualité et la pérennité des interventions communautaires.	<p>Nombre de projet de recherche menés</p> <p>Projet de renforcement de capacités des acteurs communautaires sur la documentation scientifique, conduit de 2017-2019 par Alliance CI en collaboration avec PACCI</p>				
Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire	27. Organisation de rencontres, réunions et visites d'échanges pour le partage des bonnes pratiques afin d'uniformiser et de standardiser les interventions	<p>Nombre rencontre de partage d'expérience</p> <p>Taux de participation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation d'une réunion du Cadre Permanent de Concertation en octobre 2019 qui a adressé le partage de bonnes pratiques 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 68,8% des Districts affirment avoir organisé au moins une (1) rencontre de partage d'expériences et de bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 86% des ESPC participent aux réunions de coordination des activités communautaires du district. Par ailleurs, ▪ 62% des ESPC organisent la réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination des activités communautaires 	

	<p>en santé communautaire</p>	<p>(Le sous-groupe thématique Suivi et Evaluation a pour mandat d'adresser aussi la question de partage d'expériences)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visites de partage d'expériences à l'occasion du forum sur la santé communautaire ▪ Participation des acteurs communautaires aux conférences ICASA en 2017 (Côte d'Ivoire), en décembre 2019 (Rwanda) <p>Participation à des missions de partage d'expérience au Mali, Togo, Ouganda, Ethiopie</p>				
--	-------------------------------	--	--	--	--	--

		<p>Participation à l'atelier régional de haut niveau sur la santé communautaire à Yamoussoukro en 2017 (pays participants : Rwanda, Ghana, Burkina)</p> <p>Assistance de l'ONG MUSO à la DSC sur l'expérience en santé communautaire du Mali</p>				
	<p>28. Création de plateforme (réseau) de partage de bonnes expériences</p>	<p>Existence de CQUIN (réseau de partage d'expériences) sur les soins différenciés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Organisation de la société civile en réseaux nationaux (FENOSCI, ROLPCI, RIP+)</i> <p>Absence de réseau de partage de</p>				

		<p>bonnes au niveau international</p> <p>Au niveau local, les bonnes expériences sont partagées au cours des réunions bilans</p>				
<p>Renforcement du suivi, de la supervision, du monitoring et du coaching des acteurs de la santé communautaire</p>	<p>29. Elaboration du guide de supervision et de renforcement des capacités des ASC par les médecins, les infirmiers ou les Sage femmes</p>	<p>Grille de supervision Région/district</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un système national d'alerte précoce communautaire sur le suivi de l'offre de soins (rupture stocks, panne d'appareils, violation des mesures de gratuité, etc.) ▪ Existence d'un observatoire communautaire sur le traitement VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 36% des Régions ont une grille de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% des Districts disposent d'une grille de supervision des activités communautaires ▪ 35% des districts disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 58% des ESPC disposent d'une grille de supervision des ASC ▪ 30% des ESPC disposent d'un plan de renforcement des capacités des ASC. 	

		<p>Existence d'un guide national supervision ne prenant pas en compte le niveau ESPC vers le niveau communautaire</p> <p>Existence de grille nationale de supervision des acteurs communautaires (2015) non actualisée</p>				
	<p>30. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation des activités communautaires définissant la périodicité des supervisions, coaching et monitoring des activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 67% des structures participent aux réunions de suivi et évaluation ▪ 76% des structures disposent de rapport annuel 2019 incluant les interventions communautaires ▪ Absence de plan national intégré de suivi et évaluation des interventions communautaires cependant il existe des plans de suivi et évaluation intégrant les 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 36% des Régions établissent un programme de supervision des activités communautaires ▪ 45% des Régions déclarent qu'elles ont fait 4 visites des Équipes Cadre de District (ECD), tandis que 36% n'ont fait aucune visite dans l'année 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 48% des districts ont un programme de supervision des activités communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une médiane (52%) des ESPC a fait au maximum 5 visites (avec un intervalle de 0-5) ▪ 23% des ESPC déclarent d'avoir fait entre 12 et 60 visites de supervision. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 37% des ASC déclarent qu'ils ont reçu plus de 12 supervisions de la part des IDE ▪ 27% des ASC affirment qu'ils ont reçu moins de 9 visites dans l'année 2019

		<i>interventions communautaires et mis en œuvre par les programmes de santé et les partenaires</i>				
AXE 5 : LE RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE						
CRITERES D'APPRECIATION		NIVEAU CENTRAL	NIVEAU REGIONAL	NIVEAU DISTRICT	NIVEAU ESPC	
Orientation stratégique	Stratégie d'intervention				ESPC	Communauté
Renforcement des mécanismes de financement de la santé communautaire	31. Plaidoyer pour une réallocation de la part du budget alloué à la santé en faveur des soins de santé primaires.	<p><i>Nombre de structures publiques ayant connu une progression du budget</i></p> <p><i>Taux de progression si possible</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Forte mobilisation de ressources financières par les PTF en faveur de la santé communautaire</i> <p><i>Absence de de mécanismes de mobilisation de</i></p>	<p><i>Absence de de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau des collectivités locales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<p><i>Absence de de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau des collectivités locales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Appui ponctuel de leaders locaux au financement de la santé communautaires</i> 	<p><i>Absence de de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau des collectivités locales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<p><i>Absence de de mécanismes de mobilisation de ressources au niveau communautaires</i></p>

		<i>ressources au niveau des collectivités locales</i>				
	32. Plaidoyer auprès des collectivités et les PTF pour la diversification des sources et le développement de mécanismes locaux de financements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 79% des structures ont des projets financés pour la mise en œuvre des interventions communautaires. ▪ l'augmentation de la participation (autour de 47% selon la revue du PNDS 2016-2020) des acteurs locaux au financement des interventions de santé communautaire 	▪	▪	▪	
	33. Extension du FBP au niveau communautaire	<p>Nombre structures touchées</p> <p>Prise en compte des interventions communautaires par le GFF mais non mis</p>				

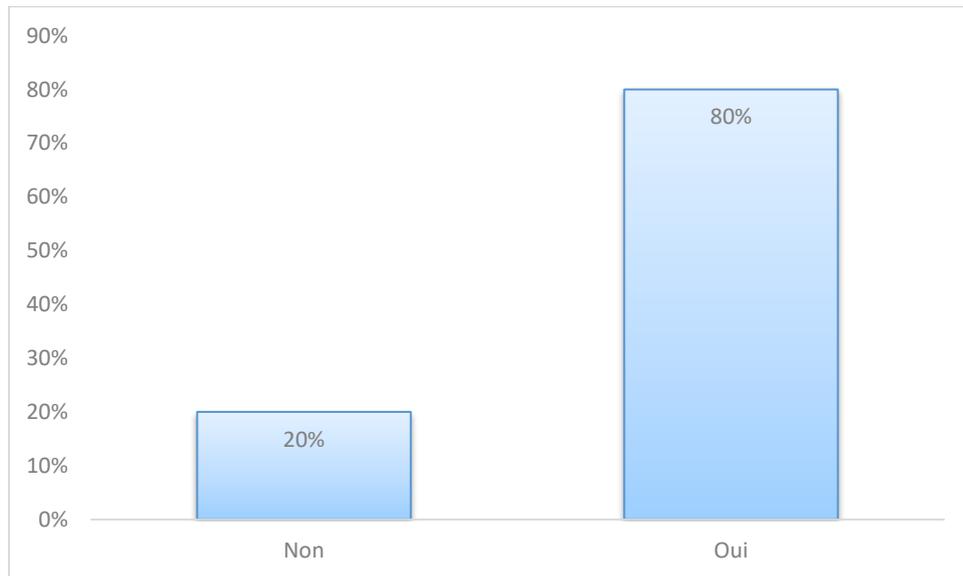
		encore en œuvre				
Mise en place d'un mécanisme de gestion des ressources mobilisées	34. Elaboration d'un document de procédures de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautai res	<p>Quel est le mécanisme de rapportage financier</p> <p>Niveau de connaissance et d'appropriation</p> <p>Le MHSP dispose d'un document de procédure de gestion de finance publique.</p> <p>Pour le financement des partenaires, les procédures de ces partenaires sont appliquées</p>				
	35. Définition d'un mode de répartition des ressources mobilisées entre le financement	<p>Quel mécanisme de répartition des ressources</p> <p>Absence de définition d'un mode</p>				<ul style="list-style-type: none"> ▪ 94% des ASC ont déclaré recevoir une motivation financière de 20,000 CFA par mois, payé chaque trimestre.

	de la mise en œuvre des interventions, de la motivation des ASC, de la coordination et du suivi-évaluation	de répartition des ressources mobilisées. L'absence de plan d'action opérationnel budgétisé ne permet d'apprécier la clé de répartition des ressources mobilisées				
	36. Diffusion aux parties prenantes de rapports de gestion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre des interventions communautaires	Nombre de structures ayant reçu Les rapports de gestions des ressources mobilisées sont élaborés et partagés avec le partenaire ou bailleur				

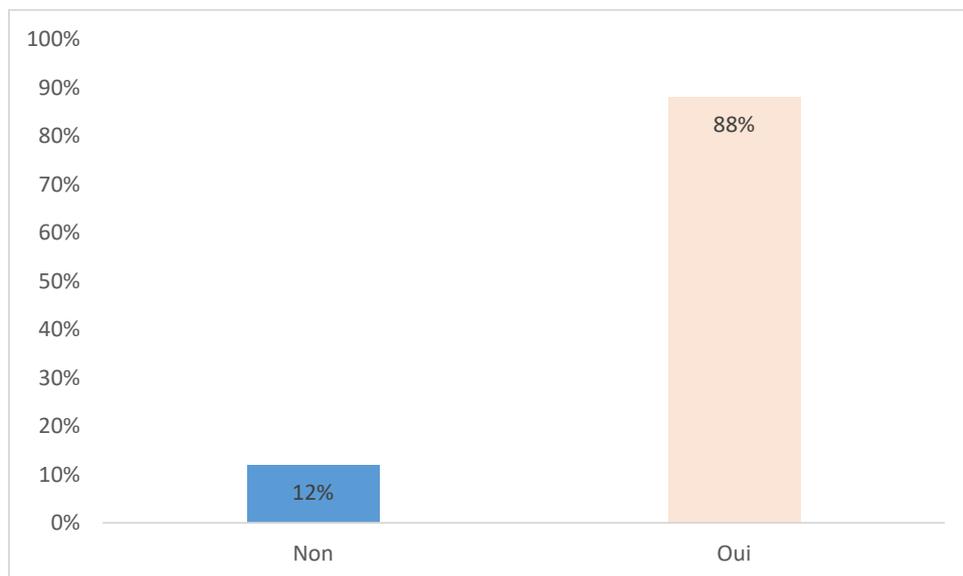
ANNEXE 3 : ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2017-2021

AXE STRATEGIQUE	FORCES	FAIBLESSES
Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Existence d'un cadre de réglementation</i> ▪ <i>L'engagement institutionnel et communautaire</i> ▪ <i>La grande majorité des structures ont un plan opérationnel 2019 qui intègre les activités communautaires</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diffusion insuffisante du PSNSC 2017-2021</i> ▪ <i>Faible appropriation par les acteurs du PSNSC</i> ▪ <i>Insuffisance des cadres de coordination des activités communautaires</i> ▪ <i>Les ASC de base et les ASC coach n'ont pas le cadre réglementaire clair.</i>
Renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Existence de COGES</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Faible participation aux réunions de COGES</i>
Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Accessibilité et disponibilité des ASC</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Disparités dans la répartition des ASC dans les zones géographiques</i> ▪ <i>Insuffisance de la formation des ASC sur le PMA</i> ▪ <i>Manque d'outils de supervision</i> ▪ <i>Insuffisance des supervisions des acteurs</i>
Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Saisie des données communautaire dans le DHS12</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Faible utilisation des données communautaires pour la bonne gestion du PSN-SC</i>
Renforcement du financement de la santé communautaire		

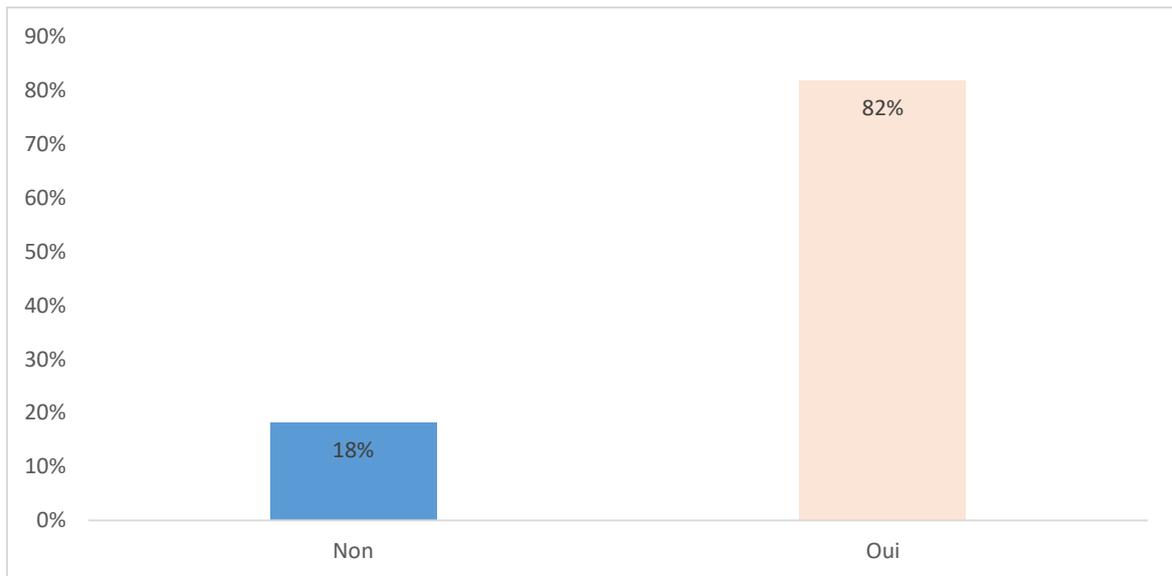
ANNEXE 4 : RESULTATS DE LA COLLECTE DE DONNEES



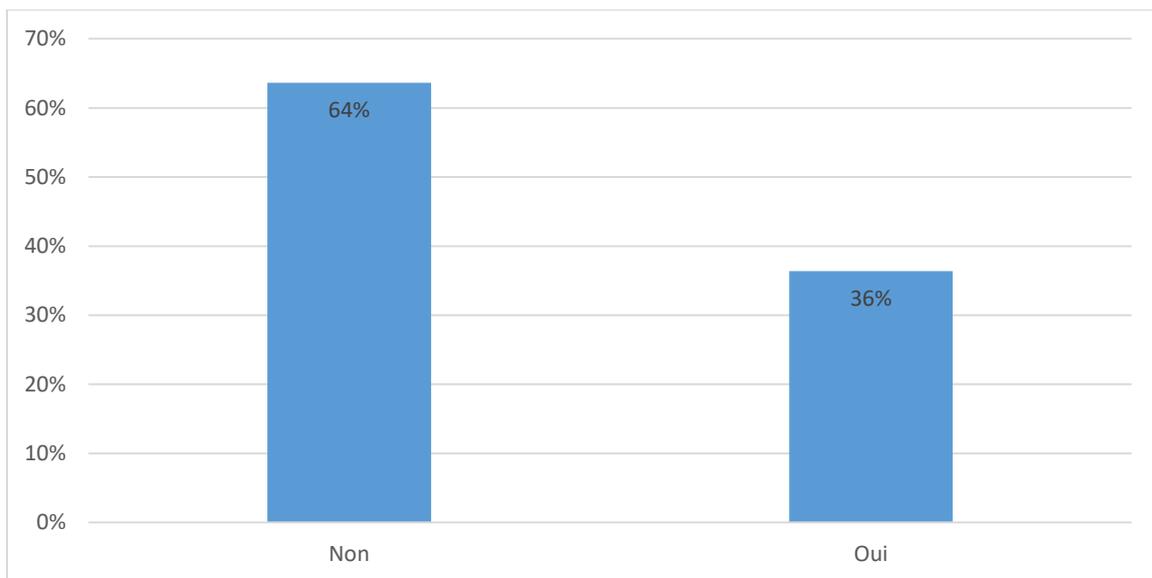
Graphique 1 : Connaissance du cadre règlementaire et normatif au niveau central



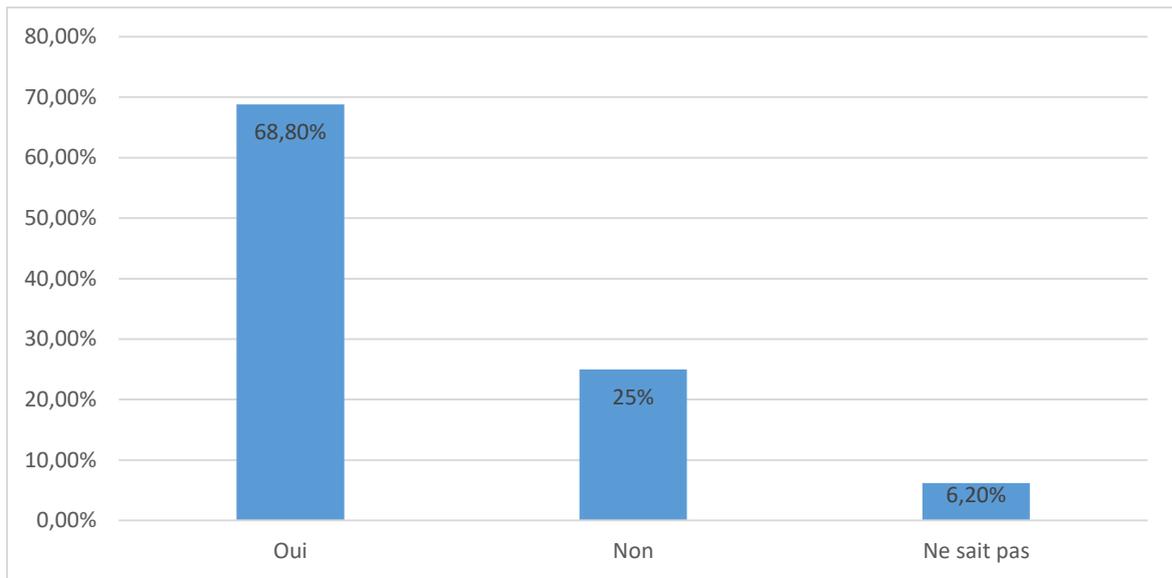
Graphique 2 : Structures du niveau du MSHP ayant des activités dans leur plan d'action 2019



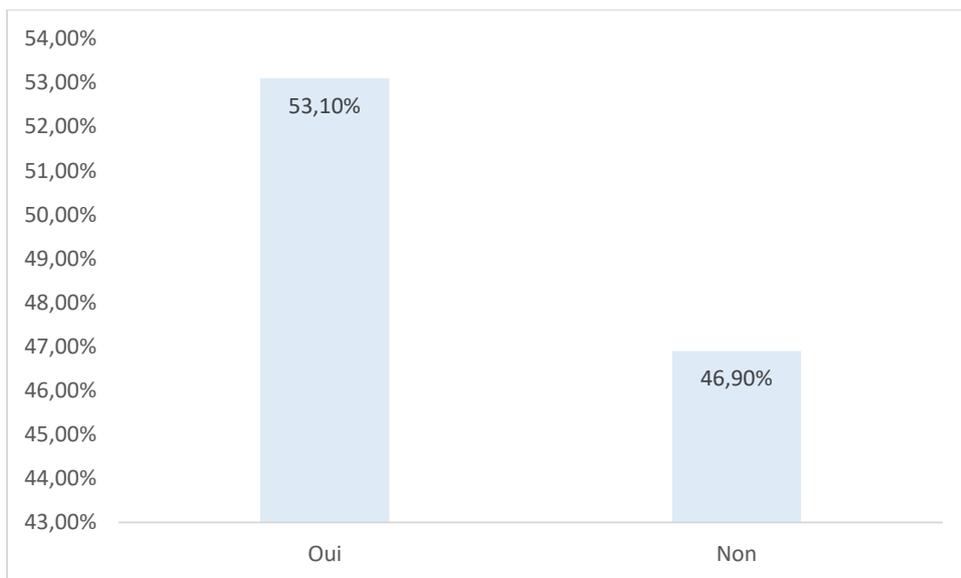
Graphique 3 : La disponibilité du document du PSNSC 2017-2021 au niveau des directions régionales du MSHP



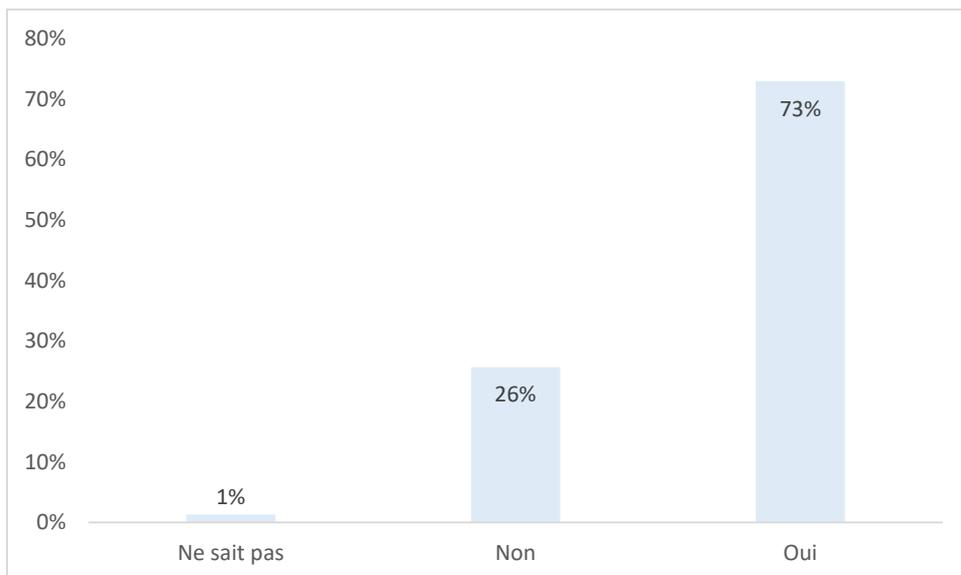
Graphique 4 : Existence d'un comité de coordination des activités communautaires au niveau des régions sanitaires



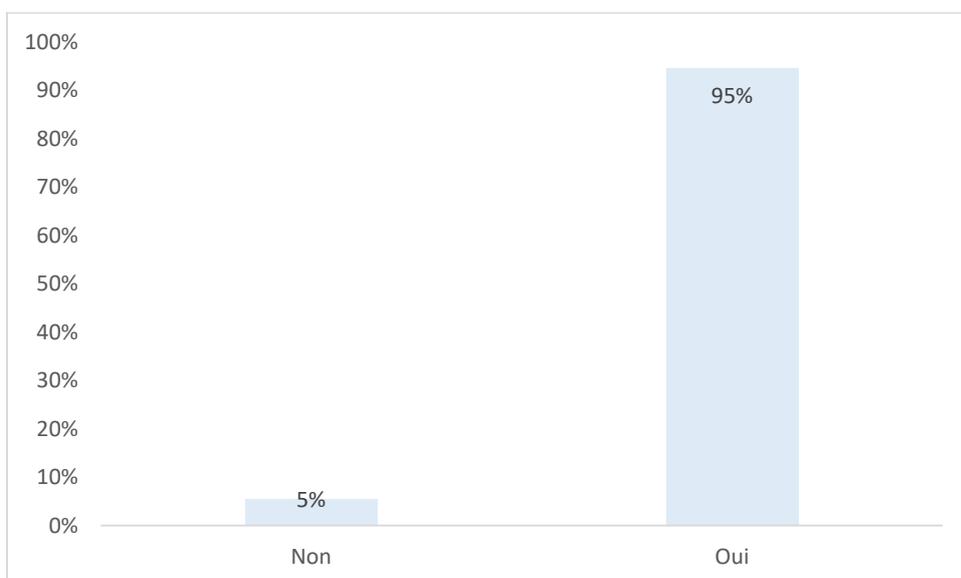
Graphique 5 : Connaissance du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire par les districts sanitaires



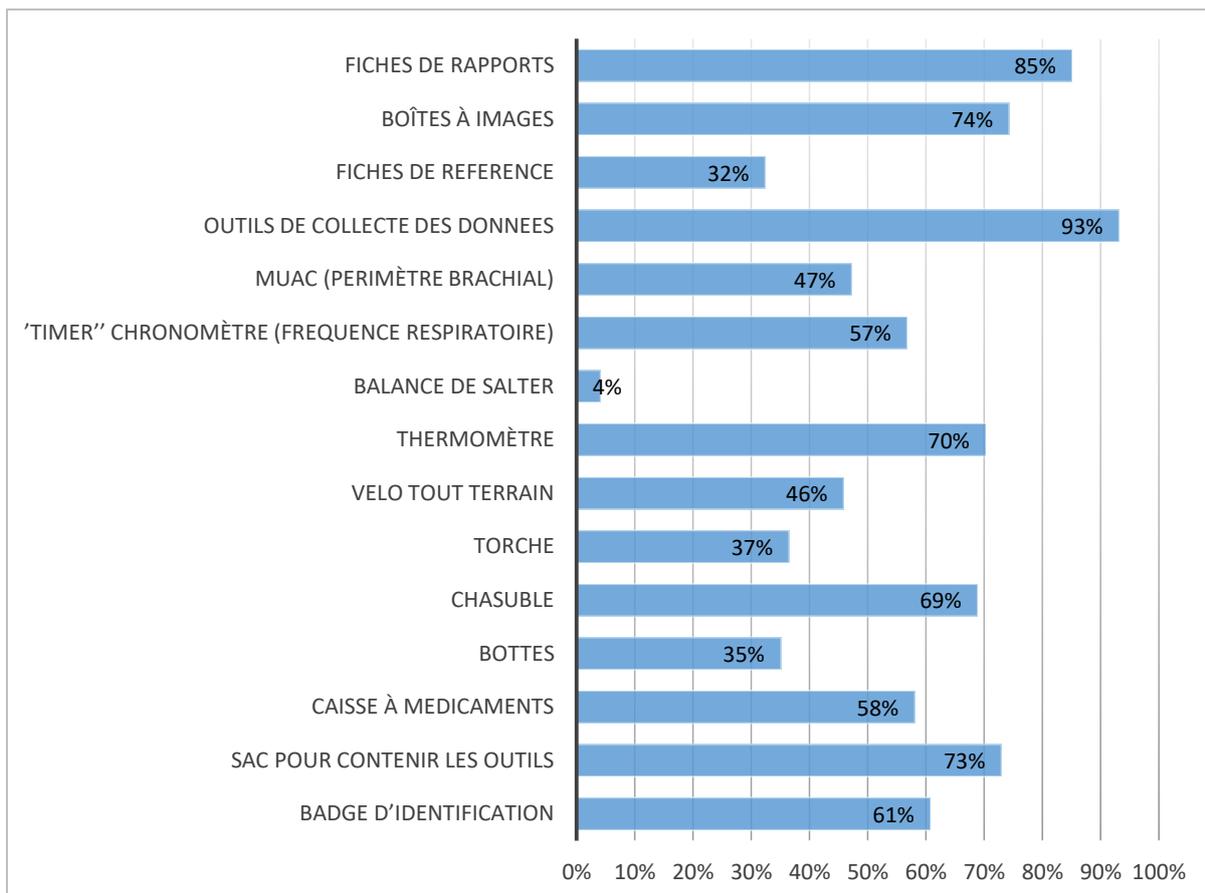
Graphique 6 : Disponibilité du PSNSC 2017-2021 au niveau des districts sanitaires



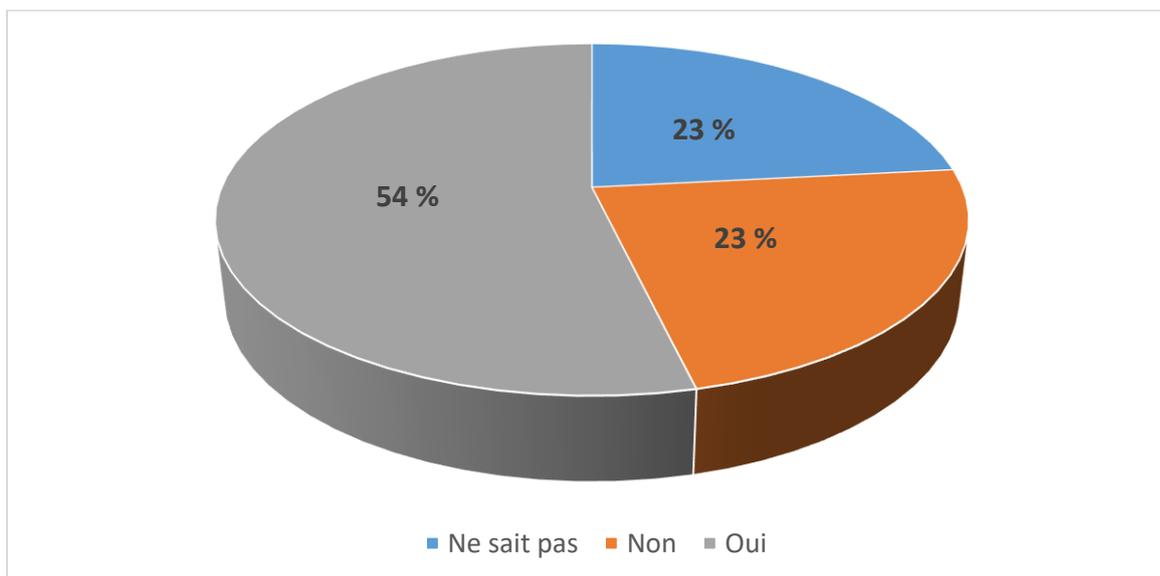
Graphique 7 : Connaissance de l'existence du PSNSC 2017-2020 au niveau ESPC



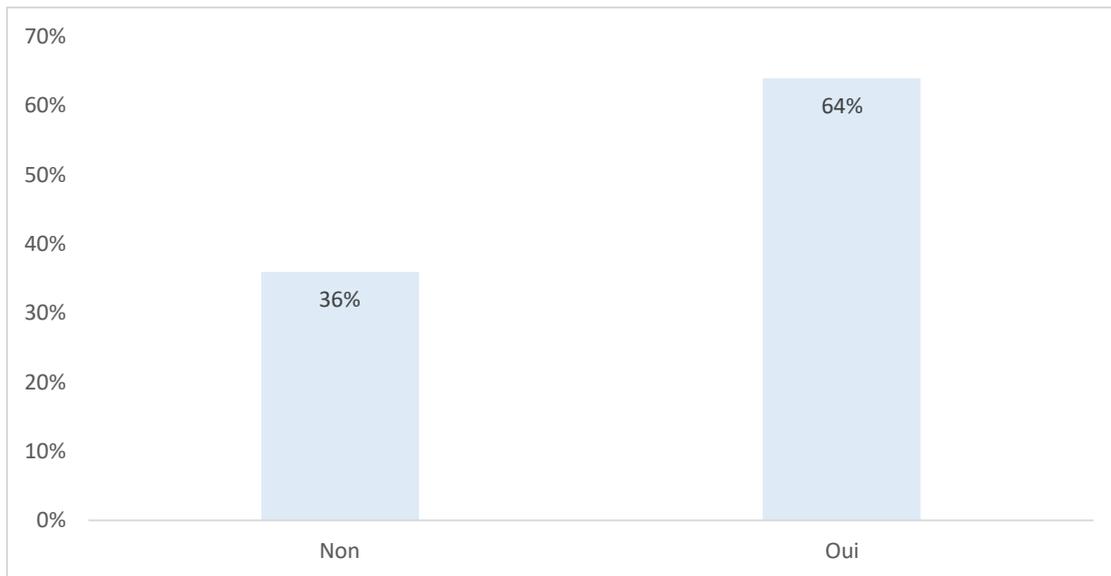
Graphique 8 : Formation des ASC sur le PMA communautaire



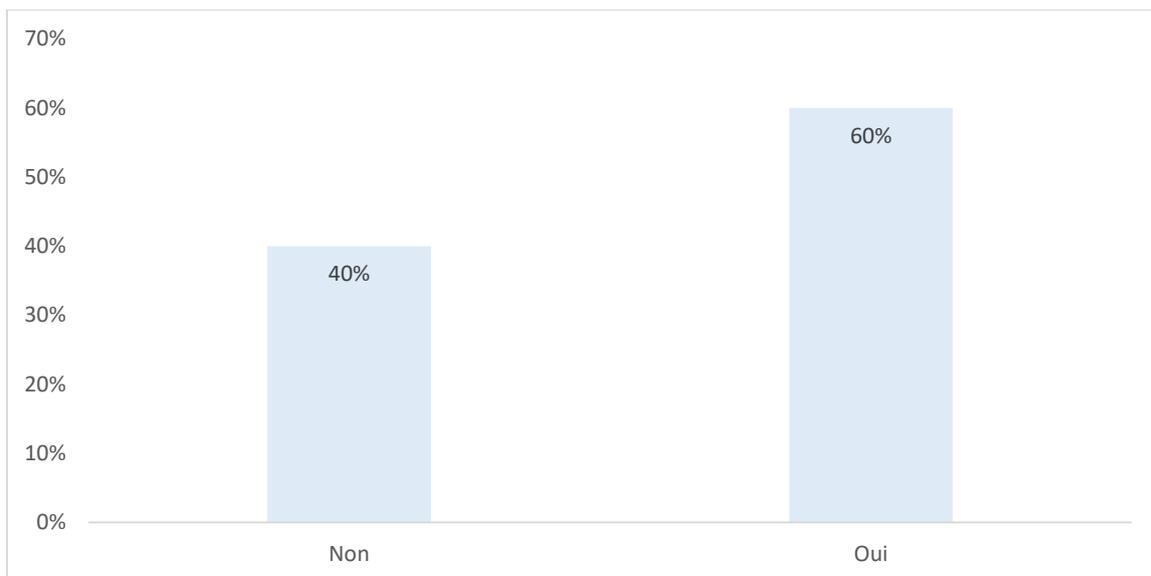
Graphique 9 : Equipements des ASC



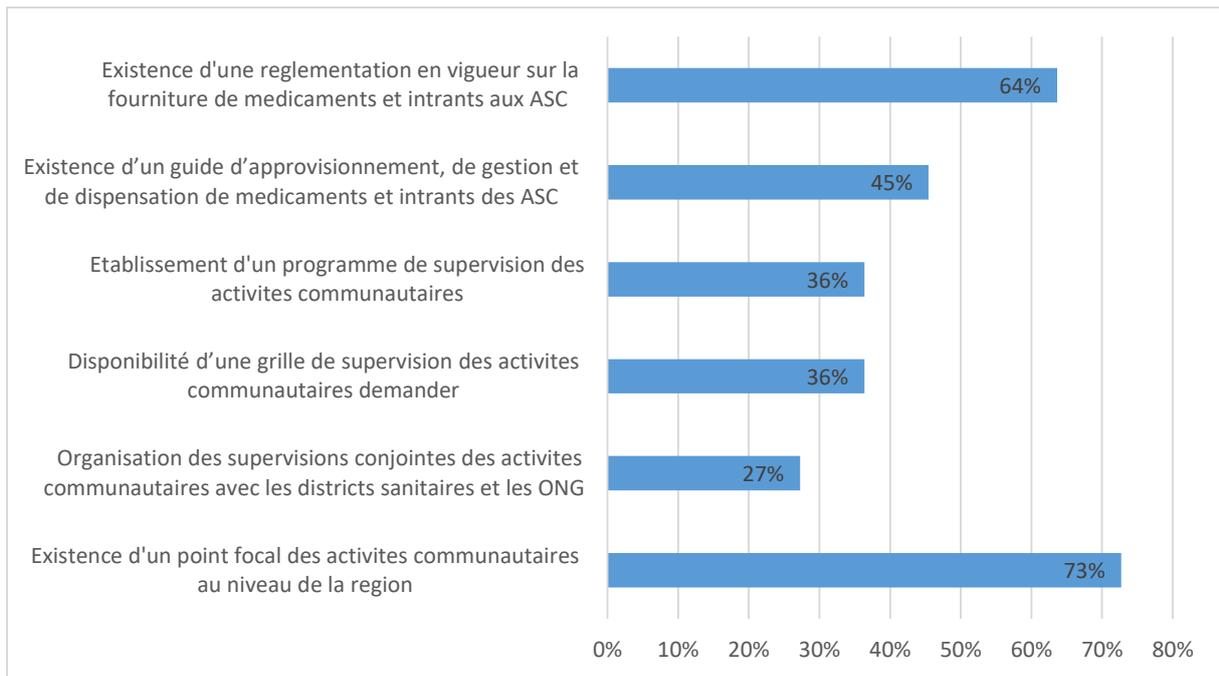
Graphique 10 : Fonctionnalité des COGES selon la communauté



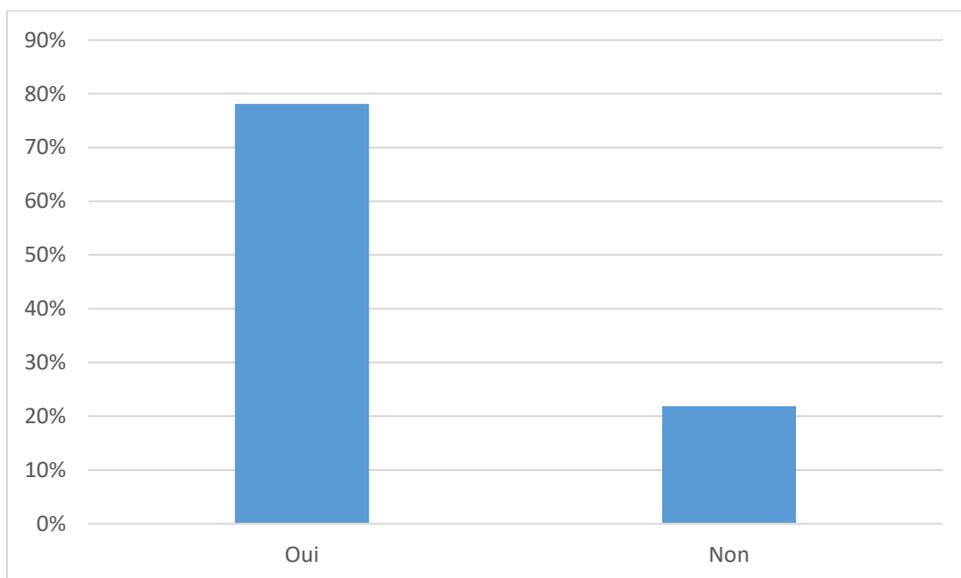
Graphique 11 : Connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires par les structures du niveau central



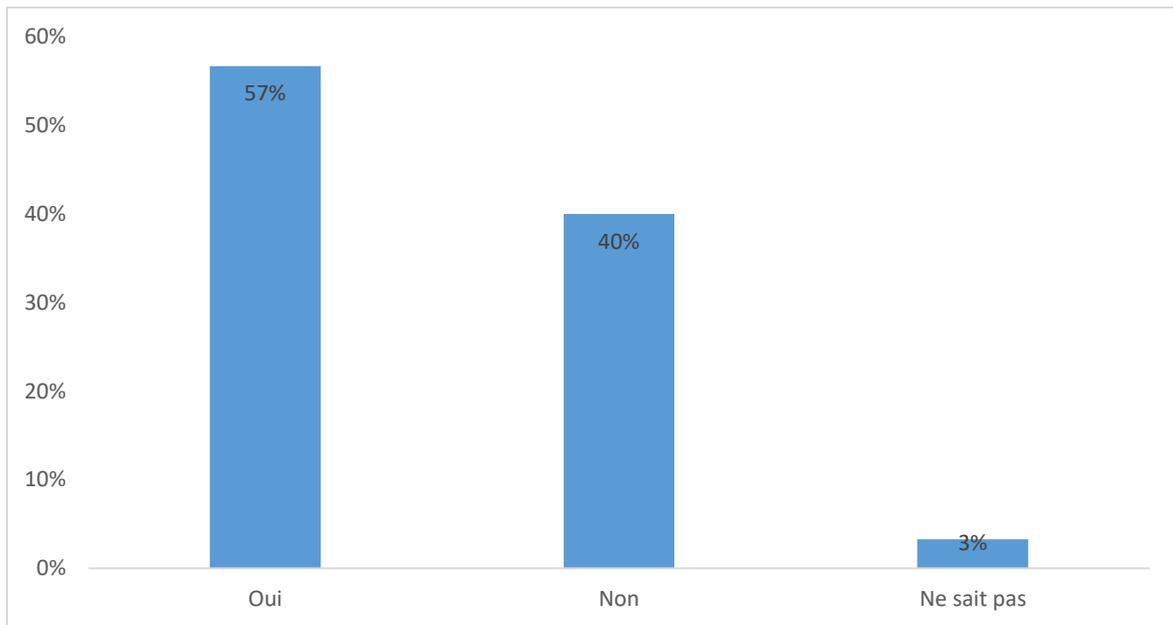
Graphique 12 : Participation des structures du niveau central aux réunions de la plateforme de collaboration ou du cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires



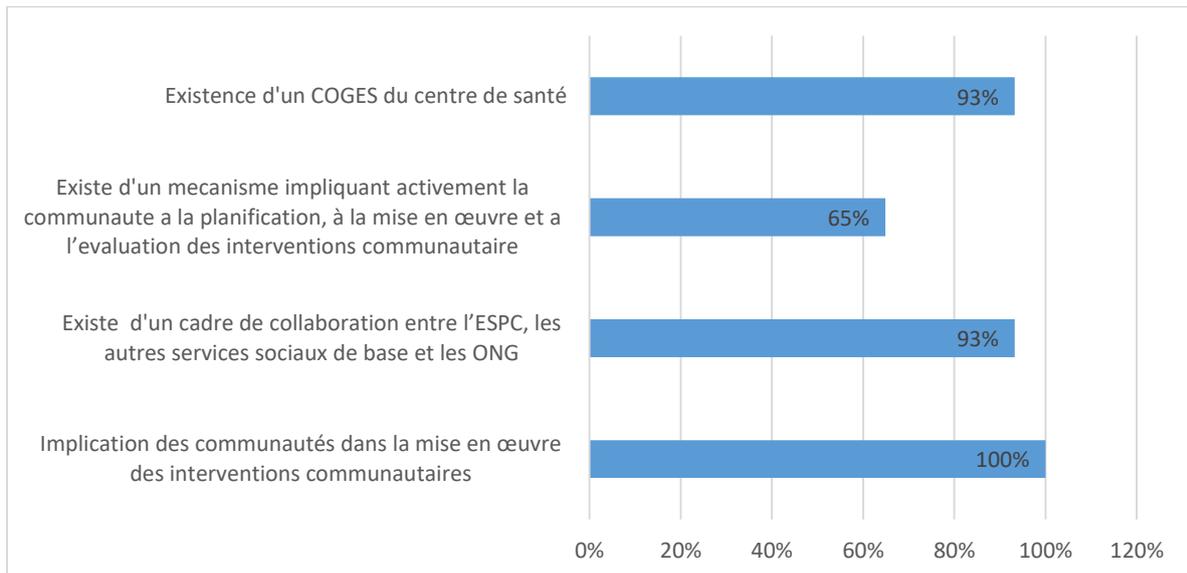
Graphique 13 : Implication des régions sanitaires dans le suivi des interventions communautaires



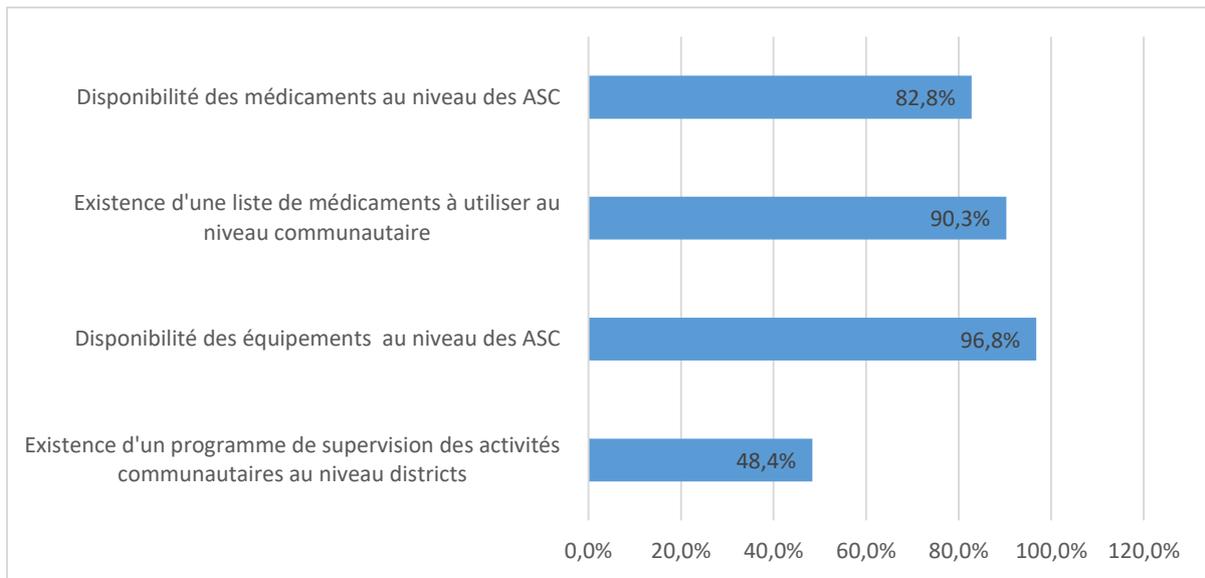
Graphique 14 : Existence d'une plateforme de collaboration et de coordination multisectorielle des interventions communautaires au niveau des districts sanitaires



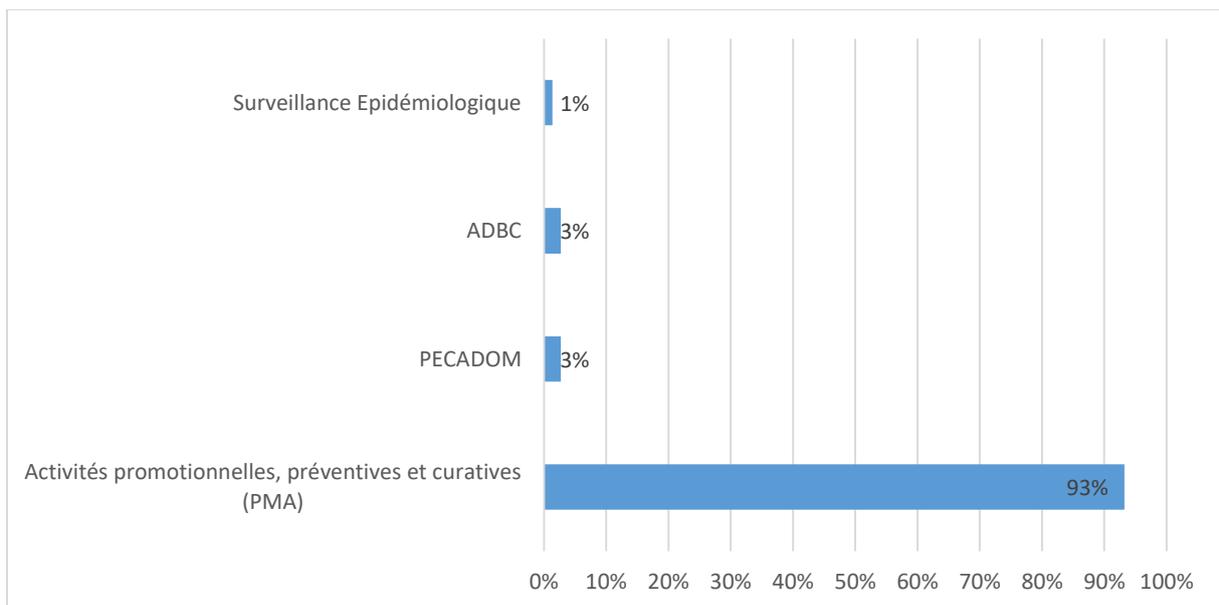
Graphique 15 : Existence d'un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires selon les ESPC



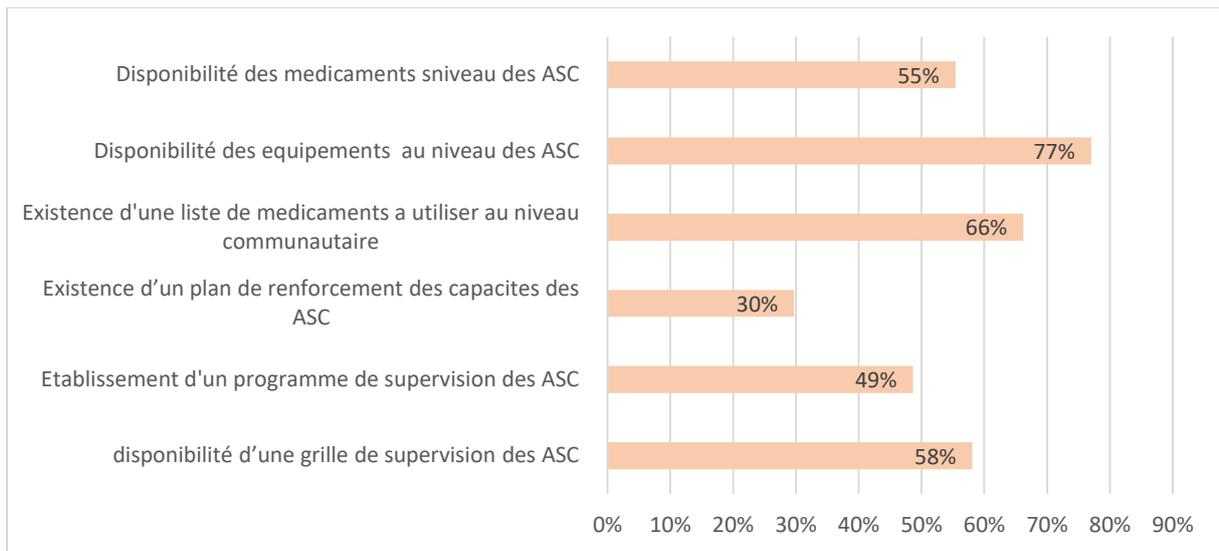
Graphique 16 : Appréciation de la participation communautaire par les ESPC



Graphique 17 : Appréciation de la disponibilité des équipements, intrants et outils des ACS par les districts sanitaires



Graphique 18 : Activités des ASC énumérées les ESPC



Graphique 19 : Appréciation des éléments de qualité des interventions communautés par les ESCP

ANNEXE 5 : GUIDES D'ENTRETIEN

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

GUIDE D'ENTRETIEN NIVEAU CENTRAL

INF 0- Date : /__/__/ __/__/ __/__/__/__/

INF 1- Nom de la structure

INF 2- Type de structure (Direction, DC-PS, OSC, PTF).....

INF 3- Personne interviewée (Fonction).....

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

CAD 1- Avez-vous connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire ?

CAD 2- Disposez-vous du Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 ?

Si oui, précisez la version :

2.1. Version physique

2.2. Version électronique

CAD 3- Utilisez-vous le Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 (PSNSC 2017-2021) dans votre planification ?

CAD 4- si oui comment ?
.....
.....

CAD 5- Le plan d'action opérationnel 2019 de votre structure est-il disponible ? (demander une copie) ?

CAD 6- Les activités communautaires figurent-elles dans le plan d'action 2019 ?

CAD 7- Votre structure participe-t- elle à l'opérationnalisation du Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 (PSNSC 2017-2021) ?

CAD 8- Si oui Pouvez-vous décrire comment se fait votre participation à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021 :
.....
.....

CAD 9- Avez-vous connaissance d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC ?

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

PART 1- Avez-vous connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ?

PART 2- Participez-vous aux réunions de la plateforme de collaboration ou du cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ?

PART 3- si non, pourquoi ?
.....
.....

PART 4-A votre avis, les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG sont-elles impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires ?

PART 5- Avez-vous connaissance d'un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire ?

PART 6- Si oui lequel ?
.....
.....

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

III.1- COUVERTURE

COUV 1- Énumérez les stratégies communautaires que votre structure soutient dans la mise en œuvre de la santé communautaire :

- Utilisation des ASC
- Groupements féminins
- Dialogue communautaire /Cellules locales de communication
- Ecole des maris
- Mobilisation communautaire
- Autres (Précisez)

COUV 2- Que pensez-vous de la collaboration entre les structures du MSHP et les ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires ?

.....

.....

COUV 3- Enumérez quelques éléments de bonne collaboration entre les structures du MSHP et les ONG

.....

.....

III.2- QUALITÉ DES SERVICES (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

QUAL 1- Selon vous, quels sont les éléments qui doivent déterminer la qualité des services au niveau communautaire ?

.....

.....

QUAL 2- Pouvez-vous énumérer des activités dont la mise en œuvre pourraient améliorer la qualité des interventions communautaires

.....

.....

QUAL 3- A votre avis, quelle est la problématique de la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des Agents de Santé Communautaires

.....

.....

QUAL 4- Avez-vous des propositions pour adresser cette problématique de la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des Agents de Santé Communautaires ?

.....

.....

IV. SYSTÈME DE SUIVI/ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- SUIV 1-** Votre structure participe-t-elle aux rencontres de suivi/évaluation des interventions communautaires ? /___/
- SUIV 2-** Votre structure participe-t-elle à la supervision des interventions communautaires ? /___/
- SUIV 3-** Votre structure dispose-t-elle d'un rapport annuel 2019 incluant les interventions communautaires (demander une copie) /___/

V. FINANCEMENT DES INTERVENTIONS DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

FIN 1- Avez-vous des projets financés pour la mise en œuvre des interventions communautaires ? /___/

FIN 2- Si oui, pouvez-vous énumérer ce ou ces projets ? (demander une copie de chaque projet)

.....

.....

FIN 3- Quels sont les financements (montant) engagés dans les interventions communautaires de chaque axe stratégique ?

- Cadre institutionnel et organisationnel :
- Participation communautaire :
- Couverture et qualité des services au niveau communautaire :
- Système de suivi/évaluation des interventions communautaires :

VI. FORCES ET LES FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

FOR 1- Quelles sont selon vous les forces de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

FOR 2- Quelles sont selon vous les faiblesses de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....
.....

VII. RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

REC 1- Quelles recommandations vous pouvez formuler pour améliorer la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....
.....

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

GUIDE D'ENTRETIEN REGION

INF 0- Date : /__/__/ __/__/ __/__/__/__/

INF 1- Région sanitaire **INF 2-** Nombre de Districts sanitaires

INF 3- Population totale de la région **INF 4-** Personne interviewée

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

CAD 1- Avez-vous connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire ? /__

CAD 2- Disposez-vous du Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 ? /__

Si oui, précisez la version :

2.1. Version physique /__

2.2. Version électronique /__

CAD 3- Existe-t-il un comité régional de coordination des activités communautaires ? /__

CAD 4- Avez-vous connaissance d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire ? /__

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

PART 1- Existente-t-il la plateforme de collaboration et le cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ? /__

PART 2- Les collectivités locales sont-elles impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires ? /__

PART 3- Existe-t-il un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales ? /__

PART 4- Existe-t-il un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les autres services sociaux de base et les ONG ? /__

PART 5- Existe-t-il un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires ? /__

PART 6- Nombre d'ESPC avec COGES fonctionnels dans la région actuellement /__

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

III.1- COUVERTURE

COUV 1- Nombre d'ONG travaillant avec la Région /__

COUV 2- Enumérez les ONG travaillant avec la Région

.....
.....

COUV 3- Quelles sont les activités communautaires réalisées par ces ONG ?.....

.....
.....

COUV 4- Que pensez-vous de la collaboration entre la Région et les ONG ?

.....
.....

COUV 5- Enumérez quelques éléments de bonne collaboration avec les ONG

.....

COUV 6- Nombre total d'ASC de la région

/_/_/_/_

COUV 7- Nombre d'ASC formés au Paquet Minimum d'Activités des ASC

/_/_/_/_

COUV 8- Nombre d'ASC formés positionnés par district sanitaire :

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

COUV 9- Activités communautaires réalisées par les districts sanitaires :

INDICATEURS	2017	2018	2019
Nombre de cas suspects de paludisme simple ayant bénéficié du test de diagnostic rapide (TDR) dans la communauté			
Nombre d'enfants traités pour paludisme (Pal-T) en communauté			
Nombre d'enfants traités pour diarrhée (Dia-T) avec SRO/Zinc en communauté			
Nombre d'enfants traités pour pneumonie (Pne-T) avec Amoxicilline en communauté			
Nombre d'enfants pour qui l'ASC a prescrit une Tisane de Miel au Citron pour calmer la toux/rhume (TIS)			
Nombre d'enfants dans les ménages dont le calendrier vaccinal est à jour			
Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés malnutris dans la communauté et référés au centre de santé par l'ASC			
Nombre d'enfants orientés au centre de santé par l'ASC quel que soit le motif (Référé-Enf)			
Nombre de femmes enceintes perdues de vue retrouvées et ayant reçues la troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)			
Nombre de nouveaux nés/nourrissons déclarés dans les 3 mois après la naissance			
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation de proximité sur les mesures préventives et de prise en charge des cas de paludisme			
Nombre d'enfants de 0-6 mois sous allaitement maternel exclusif dans la communauté			
Nombre de décès maternels notifiés (pendant la grossesse)			
Nombre de décès maternels notifiés (pendant l'accouchement)			
Nombre de décès maternels notifiés (0-42 jours après l'accouchement)			
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC dans les 24 heures			
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC au-delà des 24 heures			

III.2- QUALITÉ DES SERVICES (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

QUAL 1- Existe-t-il un point focal des activités communautaires au niveau de la région ? /_/_

QUAL 2- L'Equipe régionale réalise-t-elle des supervisions conjointes des activités communautaires avec les districts sanitaires et les ONG ? /_/_

QUAL 3- La région dispose-t-elle d'une grille de supervision des activités communautaires (demander à le voir) ? /_/_

QUAL 4- La région établit-elle un programme de supervision des activités communautaires (demander à le voir) ? /_/_

QUAL 5- Nombre total de supervision des ECD par la région sur les activités communautaires en 2019 ? /_/_/_

QUAL 6- La région dispose-t-elle d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC ? /_/_

QUAL 7- Existe-t- il une réglementation en vigueur sur la fourniture de médicaments et intrants aux ASC (note N°01325/N-PSP, du 11 juin 2019 et Circulaire du MSHP du 29 octobre 2015) ? /_/_

IV. SYSTÈME DE SUIVI/ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- SUIV 1- Le plan d'action opérationnel 2019 de la région est-il disponible ? (demander une copie) ?
- SUIV 2- Les activités communautaires figurent-elles dans le plan d'action 2019 ? (demander à le voir) ?
- SUIV 3- Le point focal de la région réalise-t-il le suivi des activités communautaires ?
- SUIV 4- Nombre de districts produisant des rapports mensuels d'activités communautaires
- SUIV 5- Les rapports communautaires des districts sanitaires sont-ils saisis dans DHIS2 ?
- SUIV 6- La région organise-t-elle des réunions de coordinations des activités communautaires ?
- SUIV 7- Nombre de rencontres et de visites d'échanges organisées pour le partage de bonnes pratiques ?

V. FORCES ET LES FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

FOR 1- Quelles sont selon vous les forces de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

FOR 2- Quelles sont selon vous les faiblesses de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

VI. RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

REC 1- Quelles recommandations vous pouvez formuler pour améliorer la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

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

GUIDE D'ENTRETIEN DISTRICT

INF 0- Date : /__/__/ __/__/ __/__/__/__/

INF 1- Région sanitaire

INF 2- District sanitaire

INF 3- Nombre de structures de santé

INF 4- Population totale desservie

INF 5- Personne interviewée

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

CAD 1- Avez-vous connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire ?

CAD 2- Disposez-vous du Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 ?

Si oui, précisez la version :

2.1. Version physique

2.2. Version électronique

CAD 3- Existe-t-il un comité départemental de coordination des activités communautaires ?

CAD 4- Avez-vous connaissance d'un mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire ?

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

PART 1- Existence de la plateforme de collaboration et le cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires ?

PART 2- Les collectivités locales sont-elles impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires ?

PART 3- Existe-t-il un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales ?

PART 4- Existe-t-il un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les autres services sociaux de base et les ONG ? / /

PART 5- Existe-t-il un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire ? / /

PART 6- Nombre d'ESPC avec COGES fonctionnels dans le district actuellement / / /

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

III.1- COUVERTURE

COUV 1- Nombre d'ONG travaillant avec le district / / /

COUV 2- Enumérez les ONG travaillant avec le district

COUV 3- Quelles sont les activités communautaires réalisées par ces ONG ?

COUV 4- Que pensez-vous de la collaboration entre le District sanitaire et les ONG ?

COUV 5- Enumérez quelques éléments de bonne collaboration avec les ONG

COUV 6- Le district reçoit-il les rapports des activités communautaires des ONG ? / /

COUV 7- Nombre total d'ASC du district / / / /

COUV 8- Nombre d'ASC formés au Paquet Minimum d'Activités des ASC / / / /

COUV 9- Nombre d'ASC formés positionnés par ESPC :

N°	ESPC	POPULATION	NOMBRE TOTAL ASC	ASC FORMES AU PMA	ASC FORMES ET EQUIPES
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					
40.					
41.					
42.					
43.					

44.					
45.					
46.					

COUV 10- Activités communautaires réalisées par les ASC:

INDICATEURS	2017	2018	2019
Nombre de cas suspects de paludisme simple ayant bénéficié du test de diagnostic rapide (TDR) dans la communauté			
Nombre d'enfants traités pour paludisme (Pal-T) en communauté			
Nombre d'enfants traités pour diarrhée (Dia-T) avec SRO/Zinc en communauté			
Nombre d'enfants traités pour pneumonie (Pne-T) avec Amoxicilline en communauté			
Nombre d'enfants pour qui l'ASC a prescrit une Tisane de Miel au Citron pour calmer la toux/rhume (TIS)			
Nombre d'enfants dans les ménages dont le calendrier vaccinal est à jour			
Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés malnutris dans la communauté et référés au centre de santé par l'ASC			
Nombre d'enfants orientés au centre de santé par l'ASC quel que soit le motif (Référé-Enf)			
Nombre de femmes enceintes perdues de vue retrouvées et ayant reçues la troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)			
Nombre de nouveaux nés/nourrissons déclarés dans les 3 mois après la naissance			
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation de proximité sur les mesures préventives et de prise en charge des cas de paludisme			
Nombre d'enfants de 0-6 mois sous allaitement maternel exclusif dans la communauté			
Nombre de décès maternels notifiés (pendant la grossesse)			
Nombre de décès maternels notifiés (pendant l'accouchement)			
Nombre de décès maternels notifiés (0-42 jours après l'accouchement)			
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC dans les 24 heures			
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC au-delà des 24 heures			

III.2- QUALITÉ DES SERVICES (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- QUAL 1-** Le district dispose-t-il d'une grille de supervision des activités communautaires (demander à le voir) ?
- QUAL 2-** Le district établit-il un programme de supervision des activités communautaires (demander à le voir) ?
- QUAL 3-** Nombre de supervision des IDE par l'ECD sur les activités communautaires de janvier à décembre 2019 ?
- QUAL 4-** Le district dispose-t-il d'un plan de renforcement des capacités des ASC ?
- QUAL 5-** Le district dispose-t-il d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC ?
- QUAL 6-** Existe-t- il une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire ?
- QUAL 7-** Existe-t- il une réglementation en vigueur sur la fourniture de médicaments et intrants aux ASC (note N°01325/N-PSP, du 11 juin 2019 et Circulaire du MSHP du 29 octobre 2015) ?
- QUAL 8-** Les médicaments et intrants sont-ils disponibles au niveau des ASC ?

IV. SYSTÈME DE SUIVI/ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- SUIV 1-** Le plan d'action opérationnel 2019 du district est-il disponible ? (demander une copie) ?
- SUIV 2-** Les activités communautaires figurent-elles dans le plan d'action 2019 ? (demander à le voir) ?
- SUIV 3-** Le point focal du district réalise-t-il le suivi des activités communautaires ?
- SUIV 4-** Le district dispose-t- il d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires définissant la périodicité des supervisions, des séances de coaching des acteurs communautaires et le monitoring de leurs activités (demander à le voir) ?
- SUIV 5-** Nombre d'ESPC produisent des rapports mensuels d'activités communautaires

- SUIV 6-** Le district sanitaire saisi-t-il les rapports communautaires des ESPC dans DHIS2 ?
- SUIV 7-** Le district sanitaire organise-t-il des réunions de coordinations des activités communautaires ?
- SUIV 8-** Nombre de réunions et de visites d'échanges organisées pour le partage de bonnes pratiques ?

V. FORCES ET LES FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

FOR 1- Quelles sont selon vous les forces de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

FOR 2- Quelles sont selon vous les faiblesses de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

VI. RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

REC 1- Quelles recommandations vous pouvez formuler pour améliorer la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

GUIDE D'ENTRETIEN ESPC

- INF 0-** Date : / /
- INF 1-** Région sanitaire
- INF 2-** District sanitaire
- INF 3-** ESPC
- INF 4-** Nombre total d'ASC de ESPC
- INF 5-** Population totale de l'aire
- INF 6-** Personne interviewée

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- CAD 1-** Savez-vous qu'il existe un Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021 ?
- CAD 2-** Avez-vous bénéficié d'une restitution/formation sur le Plan Stratégique National Santé Communautaire de la part du District ? ?
- CAD 3-** Citez quelques activités menées conformément à la stratégie nationale communautaire

.....

.....

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- PART 1-** Les communautés sont-elles impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires ?
- PART 2-** Existe-t-il un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG ?
- PART 3-** Existe-t-il un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire ?
- PART 4-** Citez quelques activités auxquelles les communautés sont impliquées :
-
-
- PART 5-** Le COGES du centre de santé existe-t-il ?
- PART 5.1-** Si non, pourquoi ?
-
- PART 5.2-** Si oui, le COGES est-il fonctionnel ?
- PART 5.3-** Si oui, précisez le nombre de réunions en 2019

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

III.1- COUVERTURE

- COUV 1-** Nombre d'ONG travaillant avec l'ESPC
- COUV 2-** Quelles sont les activités communautaires réalisées par ces ONG ?

.....

.....

COUV 3- Nombre d'ASC formés positionnés par localité :

N°	LOCALITES	POPULATION	NOMBRE TOTAL ASC	ASC FORMES AU PMA	ASC FORMES ET EQUIPES
47.					
48.					
49.					
50.					
51.					
52.					
53.					
54.					
55.					
56.					
57.					
58.					
59.					
60.					
61.					

COUV 4- Activités communautaires réalisées par les ASC:

INDICATEURS	2018	2019
Nombre de cas suspects de paludisme simple ayant bénéficié du test de diagnostic rapide (TDR) dans la communauté		
Nombre d'enfants traités pour paludisme (Pal-T) en communauté		
Nombre d'enfants traités pour diarrhée (Dia-T) avec SRO/Zinc en communauté		
Nombre d'enfants traités pour pneumonie (Pne-T) avec Amoxicilline en communauté		
Nombre d'enfants pour qui l'ASC a prescrit une Tisane de Miel au Citron pour calmer la toux/rhume (TIS)		
Nombre d'enfants dans les ménages dont le calendrier vaccinal est à jour		
Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés malnutris dans la communauté et référés au centre de santé par l'ASC		
Nombre d'enfants orientés au centre de santé par l'ASC quel que soit le motif (Référé-Enf)		
Nombre de femmes enceintes perdues de vue retrouvées et ayant reçues la troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)		
Nombre de nouveaux nés/nourrissons déclarés dans les 3 mois après la naissance		
Nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation de proximité sur les mesures préventives et de prise en charge des cas de paludisme		
Nombre d'enfants de 0-6 mois sous allaitement maternel exclusif dans la communauté		
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC dans les 24 heures		
Nombre de décès maternels notifiés au superviseur par l'ASC au-delà des 24 heures		

III.2- QUALITÉ DES SERVICES (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- QUAL 1-** L'ESPC dispose-t-il d'une grille de supervision des ASC (demander à le voir) ? /___/
- QUAL 2-** L'ESPC établit-il un programme de supervision des ASC (demander à le voir) ? /___/
- QUAL 3-** Nombre total de supervision des ASC par IDE de janvier à novembre 2019 ? /___/
- QUAL 4-** L'ESPC dispose-t-il d'un plan de renforcement des capacités des ASC ? /___/
- QUAL 5-** L'ESPC dispose-t-il une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire ? /___/
- QUAL 6-** Les médicaments et intrants sont-ils disponibles au niveau des ASC ? /___/

IV. SYSTÈME DE SUIVI/ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

- SUIV 1- Les micros plan d'activités communautaires de l'ESPC sont-ils disponibles ? (demander à le voir) ? /___/
- SUIV 2- Les communautés participent-elles à l'élaboration des micros plan ? /___/
- SUIV 3- Nombre d'ASC produisant un rapport mensuel d'activités /___/___/
- SUIV 4- Nombre rapports mensuels d'activités communautaires de l'ESPC produits de janvier à décembre 2019 /___/___/
- SUIV 5- L'ESPC participe-t-il aux réunions de coordination des activités communautaires du district ? /___/
- SUIV 6- L'ESPC organise-t-elle la réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination des activités communautaires ? /___/

V. FORCES ET LES FAIBLESSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

FOR 1- Quelles sont selon vous les forces de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

FOR 2- Quelles sont selon vous les faiblesses de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

VI. RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC

REC 1- Quelles recommandations vous pouvez formuler pour améliorer la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 ?

.....

.....

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail

GUIDE D'ENTRETIEN ASC

INF 0- Date : /___/ /___/ /___/___/

INF 1- Région sanitaire

INF 2- District sanitaire

INF 3- ESPC

INF 4- Localité.....

INF 5- Personne interviewée

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

CAD 1- L'ASC est-il formé sur le PMA des ASC ? /___/

CAD 2- Quelles sont les équipements reçus par l'ASC pour la mise en œuvre de ses activités ?

.....

.....

CAD 3- Qui a choisi les ASC du village ?

.....

.....

CAD 4- L'ASC rend-t-il compte de ses activités à la communauté ? /___/

CAD 5- L'ASC participe-t-il aux réunions organisées par l'IDE au centre de santé ? /___/

CAD 6- L'ASC participe-t-il aux réunions organisées par la communauté sur les questions de santé ? /___/

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

PART 1- Comment la communauté participe -t-elle aux activités du centre de santé ?

.....

.....

PART 2- Citez quelques activités de santé auxquelles les communautés sont associées :

.....

.....

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

COUV 1- Nombre de ménages couverts par l'ASC dans la localité /___/___/

COUV 2- Nombre de supervisions de l'ASC par l'IDE superviseur dans le village en 2019 /___/___/

COUV 3- Quelles sont les activités que les ASC mènent dans le village ?

.....

.....

COUV 4- L'infirmier du centre de santé rend-t-il visite de temps à temps aux ASC pour les aider à travailler ? /___/

COUV 5- L'ASC a-t-il des médicaments (Paracétamol, CTA, SRO+Zinc, Amoxicilline) pour soigner les enfants ? /___/

COUV 6- L'ASC dispose-t-il de produits contraceptifs pour aider les ménages dans la planification familiale ? /___/

COUV 7- L'ASC produit-il des rapports d'activités mensuelles ? /___/

COUV 8- L'ASC reçoit-il combien de francs comme motivation ? /_____/

GUIDE D'ENTRETIEN COMMUNAUTAIRE

INF 0- Date : / / / / / / / / / /

INF 2- District sanitaire

INF 4- Localité.....

INF 1- Région sanitaire

INF 3- ESPC

INF 5- Personne interviewée

I. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

CAD 1- Le Comité de Gestion du centre de santé est-il fonctionnel ? /

CAD 2- Vous avez participé à combien de réunions du COGES ? /

CAD 3- Existe-t-il un Comité Villageois de Santé (CVS) ? /

CAD 4- Existe-t-il un Comité Villageois de Développement (CVD) ? /

CAD 5- La notabilité du village est-elle impliquée dans la résolution des problèmes de santé ? /

II. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE (Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

PART 1- Comment la communauté participe -t-elle aux activités du centre de santé ?

PART 2- Citez quelques activités de santé auxquelles les communautés sont associées :

III. COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

(Modalités de réponses : Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas = 9)

COUV 1- Nombre d'ASC du village /

COUV 2- Nombre d'ONG travaillant dans le village /

COUV 3- Qui a choisi les ASC du village ?

COUV 4- Quelles sont les activités que les ASC mènent dans le village ?

COUV 5- L'infirmier du centre de santé rend-t-il visite de temps à temps aux ASC pour les aider à travailler ? /

COUV 6- Les ASC ont-ils des médicaments pour soigner les enfants ? /

COUV 7- Que souhaitez-vous pour que le travail des ASC soit profitable pour les habitants du village ?

ANNEXE 6 : LISTE DE PRESENCE DE L'ATELIER DE REVUE DU PSNSC 2017-2021

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
1.	JOSEPH ACKA	DIR CAB I	CABINET MSHP	49 47 37 30	-
2.	KADJA ADJOBA FRANCOISE	DIRECTRICE	DSC	08 14 41 99	adjoba.kadja@santecommunautaire.ci
3.	YAO AMLAN	Sous Directrice CAH	DSC	07 52 22 12	sya@santecommunautaire.ci
4.	OULA INKA ANGE	Médecin	DSC	08 24 96 41	Docteuroula200@yahoo.fr
5.	HUGUES KLAHO	Médecin	DSC	58 88 65 45	klaho@santecommunautaire.ci
6.	OKO RUBEN	Médecin	DSC	07 95 21 08	oko@santecommunautaire.ci
7.	PIEKOURA JEAN CLAUDE	Journaliste	PMESMECI	07 18 43 41	piekourajc@yahoo.fr
8.	TRAORE MAHAMADOU	Conseiller Technique	ONG MUSO	79 75 52 12	mahtraore@musohealth.org
9.	ZIKEHOULI DIGBEU LUC	Chargé de suivi évaluation	FENOSCI	09 71 88 93	fenosci@yahoo.fr
10.	Dr YSSOUF OUATTARA	DCOP Malaria	SAVE THE CHILDREN	07 97 16 92	yssoufouattara@savethechildren.org
11.	GNONSIO GEORGES ROLLAND	Assistant suivi évaluation	PNSSU-SAJ	59 58 95 35	ggnonsio@yahoo.fr
12.	KOFFI AMENAN BRODJO	Gestionnaire de données	PNLT	08 78 06 03	brodjokoffi@yahoo.fr
13.	TOURE LANCINA DIT TOT	Chargé d'Etude	PNPMT	02 36 35 63	touretot@hotmail.com
14.	Dr KOUASSI IVIS ROLAND	R.P. VIH	Alliance CI	45 00 41 27	ives.kouame@ansci.org
15.	N'DRI BLAISE	Chargé Programme	Breakthrough Action	49 27 17 99	bndri@breakthghactionci.org
16.	LOHOUES EUGENIE	Chargée de communication	DCPEV	46 39 44 49	eugenilohoues@gmail.com

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
17.	BAMBA MARIAMA	Point Focal Pays CI	HP+	41 69 43 94	nakoyabgmail.com
18.	YOUZAN BI BOUEHI EMMANUEL	Chargé S/E	DIIS	09 77 57 01	bouehi2018@gmail.com
19.	Dr KOFFI OURA AFFI YOA OLIVIER	DDS	DSE MINIGNAN	07 277672	koffioua80@yahoo.fr
20.	Dr OFFIA COULIBALY MADIANA	Directrice Exécutive	ALLIANCE CI	06 66 86 81	madiana.offia@ansci.org
21.	TRE BI IRE ARMAND DAVY	STATISTICIEN	DIIS	47 77 80 37	ilgatbad@live.fr
22.	SAMAKE YAYA	Chargé S/E	PN-OEV	07 04 01 81	samakeas@yahoo.fr
23.	ANGAMAN ANOH EMELINE Epse KOUADIO	Comptable	DSC	09 99 58 78	anoh@santecommunautaire.ci
24.	GNANGUI DIAN VINCENT	Chef de Service S/Evaluation	DSC	07 72 02 98	gnangui@gmail.com
25.	Dr AFFOU FULGENCE ROLAND	Sous-Directeur des Soins de Santé Primaire	DSC	77 05 74 70	affou@santecommunautaire.ci
26.	TRAORE SEYDOU	Chef de Service Communication et Informatique	DSC	48 28 87 86	tseydou@santecommunautaire.ci
27.	KOUADIO KOUAKOU ANATOLE	Médecin	DSC	09 56 90 00	toliokouadio1@gmail.com
28.	KOUASSI AMANI SIMPLICE	Médecin Chargé d'Etude	DGS	07 79 46 35	sim.kouassi@sante.gouv.ci
29.	OUATTARA GNEWYOHO	SECRETAIRE	DSC	48 99 01 63	secretariat@santecommunautaire.ci
30.	BROU KOUAME DESIRE	Infirmier spécialiste	PNSME	08 51 68 90	broukdesire@yahoo.fr
31.	Dr KOUASSI JEAN PIERRE	Directeur Prog. Appui à la Lutte contre YP	ANADER	07 09 63 03	kouassidebo@yahoo.fr
32.	Dr KONE KANE NANKERE	DDSHP	DS Zouan-houein	47 32 76 76	kone.kane@yahoo.fr
33.	Dr ATTE FLORA CARINE	DDSHP JACQUEVILLE	DDSHP JACQUEVILLE	77 36 61 55	Atte.flora1@gmail.com

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	TEL/CEL	E-MAIL
34.	SAY SOMIAN DANIEL	Responsable Suivi Evaluation, chef des Opérations	CARITAS CI	59 56 27 49 22 42 95 96	somdanys@yahoo.fr
35.	Dr BROU KOUACOU	Médecin service Recherche	PNLS	08 12 49 66	brou.kouacou@pnls-ci.com
36.	VLEHI N'ZI ANNICK	Responsable Suivi Evaluation	UCP- FONDS MONDIAL	40 49 99 47	annick.vlehi@ucp-fm.ci
37.	Dr SILUE NAGNON	DDSHP	District de Grand Bassam	07 00 75 11	nagnonsilue@yahoo.fr
38.	WADJA GUY BABYLAS	Assistant Gestion COVID SANTE	CROIX ROUGE CI	08 65 36 36	lassbabyfr@gmail.com
39.	KOFFI MARTHE TOYMBEE	IES AGENT	MEPS/DAS	07 44 53 65	komatoy1975@gmail.com
40.	OUATTARA MOUSSA	CHAUFFEUR	DGS	42 74 78 16	-
41.	Dr SILUE MAMADOU	CT Malaria	IMPACT MALARIA	08 59 19 73	msilue@psici.org
42.	ALAIN SOMIAN	DIRECTEUR	RIP+	03 19 00 23	bealy4@yahoo.fr
43.	BOUH FLAN CHRISTIAN ZOBEL	Chargé d'Etudes	DAF	07 14 21 15	bouhchristian@gmail.com