



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



DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE  
[www.santecommunautaire.ci](http://www.santecommunautaire.ci)

## ANALYSE DE LA SITUATION

(dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de  
Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)

# Rapport final

(Version du 22 mars 2021)



HEALTH SYSTEMS  
STRENGTHENING  
ACCELERATOR



RESULTS FOR  
DEVELOPMENT



HEALTH STRATEGY AND  
DELIVERY FOUNDATION



BILL & MELINDA  
GATES foundation

# Table des matières

<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	iv
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	vii
<b>I. - INTRODUCTION</b> .....	1
1.1 - Contexte et Justification .....	1
1.2 - Objectif .....	2
1.3 - Méthodologie .....	3
<b>III.– FONDEMENTS THÉORIQUES ET REPÈRES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b> .....	3
2.1 – Fondements théoriques .....	4
2.2 – Les repères de l’action communautaire en santé .....	6
<b>III.– CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET POLITIQUE DE LA CÔTE D’IVOIRE</b> .....	8
3.1 – Contexte socio démographique .....	8
3.2 – Contexte économique .....	9
3.3 – Contexte Politique.....	10
3.4 – Liens entre profil épidémiologique et santé communautaire .....	11
<b>IV.– CONTEXTE SOCIO EPROFIL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX</b> .....	11
4.1 – Éducation-formation -niveau d’instruction .....	11
4.2 – Assainissement et la salubrité.....	12
4.3 – Emploi.....	12
4.4 – Taux de chômage .....	13
4.5 – Environnement et risques liés à la consommation .....	13
4.6 – Accessibilité à l’eau potable.....	13
4.7 – Urbanisation.....	13
4.8 – Habitat et logements.....	14
4.9 – Environnement et Développement Durable.....	14
4.10 – Risques liés à la consommation des aliments .....	15
4.11 – Couverture du risque maladie.....	15
<b>V. - DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b> .....	15
5.1 - Niveau Central .....	15
5.2 - Niveau régional.....	16
5.3 - Niveau district.....	17
5.4 - Niveau communautaire .....	17
<b>VI.– INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE ET PRINCIPAUX ACTEURS</b> .....	18
6.1 - Interventions à Base Communautaire.....	18
6.2 - Principaux acteurs et leurs missions .....	19
<b>VII. QUELQUES RÉSULTATS ET EXPÉRIENCES DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES</b> .....	21
7.1 - Expériences de santé communautaire en Afrique.....	21
7.2 - Expériences de la santé communautaire en Côte d’Ivoire .....	24
<b>VIII. - FACTEURS FAVORABLES À L’ATTEINTE DE BONS RÉSULTATS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b> .....	32

8.1 – Engagement politique fort.....	33
8.2 – Association de plusieurs compétences (Relais communautaires et Agents qualifiés).....	33
8.3 – Encadrement technique .....	33
8.4 – Organisation locale des acteurs .....	34
8.5 – Renforcement de la communication (adoption des technologies de l’information et de la communication).....	34
8.6 – Intégration des services et soins .....	34
8.7 – Disponibilité des intrants et du matériel (logistique).....	34
8.8 – Ciblage des territoires d’intervention sur la base des critères de vulnérabilité .....	35
8.9 – Identification des problèmes prioritaires de santé communautaire .....	35
<b>IX. - BRÈVE ANALYSE DE L’ORGANISATION ET DE LA MISE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D’IVOIRE .....</b>	<b>35</b>
9.1 - Compréhension de la santé communautaire .....	35
9.2 - Cadre institutionnel de la santé communautaire .....	37
9.3 - Dynamique des acteurs et prestataires de la santé communautaire .....	38
9.4 - Collaboration avec les partenaires au développement .....	39
9.5 - Financement des interventions et motivation des acteurs.....	41
<b>X. -FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES/ATOUS, MENACES/RISQUES .....</b>	<b>43</b>
10.1. – Forces et Faiblesses .....	43
10.2. Opportunités/Atouts et Menaces/Risques.....	46
<b>XI. – DEFIS DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D’IVOIRE .....</b>	<b>47</b>
<b>XII. – SUGGESTIONS / RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>48</b>
12.1 - A la Direction Générale de la Santé .....	48
12.2 - A la Direction en charge de la santé communautaire .....	48
<b>XIII. - ORIENTATIONS POUR L’ÉLABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>49</b>
13.1 - Alignement de la politique de santé communautaire sur le PNDS.....	49
13.2 - Orientations stratégiques .....	52
<b>XIV. - CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>XV. - DOCUMENTS CONSULTES .....</b>	<b>x</b>
<b>XVI. - ANNEXES.....</b>	<b>xiii</b>
Annexe 1 – Termes de références de la mission .....	xiv
Annexe 2 – Calendrier des activités.....	xv
Annexe 3 – Liste des personnes/organisations rencontrées.....	xvi
Annexe 4 - Guide d’entretien individuel .....	xvii
Annexe 5 – Liste des interventions à base communautaire.....	xviii
Annexe 6 – Liste des principaux acteurs et leurs missions .....	xxiii

## SIGLES ET ACRONYMES

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

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

<b>PMO</b>	: Partenaire de Mise en Œuvre
<b>PMT</b>	: Praticiens de la Médecine Traditionnelle
<b>PND</b>	: Plan National de Développement
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNEVG/EA</b>	: Programme National d’Eradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement
<b>PNLT</b>	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PNSME</b>	: Programme National de la Santé de la Mère et de l’Enfant
<b>PNUD</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>PS</b>	: Professionnel du Sexe
<b>PTF</b>	: Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>RASS</b>	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l’Habitat
<b>RMM</b>	: Rapport de la Mortalité Maternelle
<b>SIDA</b>	: Syndrome d’ImmunoDéfiance Acquis
<b>SNIS</b>	: Système National d’Information Sanitaire
<b>SRO</b>	: Sel de Réhydratation Orale
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>TDR</b>	: Test de Diagnostic Rapide
<b>TIDC</b>	: Traitement à l’Ivermectine sous Directives Communautaires
<b>TPB+</b>	: Tuberculose Pulmonaire bactériologiquement Positive
<b>UNFPA</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
<b>VAA</b>	: Vaccin Anti Amaril
<b>VIH</b>	: Virus de l’Immuno Défiance Humaine
<b>Vit A</b>	: Vitamine A
<b>WASH</b>	: Water, Sanitation and Hygiene

## RESUME EXECUTIF

Le présent rapport de l'Analyse de la Situation de la santé communautaire a pour objectif de contribuer à l'élaboration de la politique nationale de santé communautaire en vue de renforcer la participation communautaire.

La revue documentaire a permis de faire un rappel sur les fondements théoriques et repères de la santé communautaire afin d'insister sur les notions de base relatives à la promotion de la santé et l'action sur l'environnement socio politique ainsi que les repères de l'action communautaire. Ceci en vue de permettre aux acteurs et partenaires de la santé communautaire d'avoir une meilleure compréhension de la participation communautaire. Celle-ci a été particulièrement illustrée par les expériences réussies et bonnes pratiques de santé communautaire identifiées en Afrique et en Côte d'Ivoire. De même, au regard des expériences d'interventions communautaires partagées, il est apparu nécessaire de rappeler les facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats en santé communautaire, en particulier l'engagement politique fort, l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et l'encadrement technique. La revue documentaire a également permis de faire un rappel sur les interventions à base communautaire et les missions attribuées aux principaux acteurs.

Les entretiens avec les parties prenantes ont relevé une faible compréhension de l'action communautaire chez certains acteurs et partenaires qui apprécient l'implication de la communauté à travers la seule présence et les activités menées par l'ASC. Les échanges sur la compréhension du rôle de l'ASC au sein de la communauté a conduit à mieux percevoir sa place au sein d'une équipe de volontaires/bénévoles qui offre des alternatives ou possibilités d'interventions plus larges et à fort impact. Cela le placerait au cœur d'un dispositif de renforcement des capacités des ménages, contrairement au seul ASC dont l'action paraît beaucoup plus limitée.

En plus de placer l'ASC au sein d'une équipe d'action communautaire, il apparaît aussi que le diagnostic communautaire (point de départ de toute intervention communautaire) et la réalisation des plans d'action communautaire doivent faire partie du curriculum de formation de l'ASC si l'on veut renforcer la participation communautaire.

La revue documentaire et les échanges sur le cadre institutionnel font observer que le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire présente des insuffisances. On note parmi ces insuffisances : l'absence de textes réglementaires régissant la participation communautaire ; la méconnaissance des textes règlementaires encadrant le financement des interventions de santé communautaire ; l'insuffisance de fonctionnement du cadre de concertation permanent ; la non fonctionnalité du comité national de coordination des interventions de santé communautaire et de ses démembrés décentralisés, prévu par le PSNSC 2017-2021 et faible encrage institutionnel du cadre de coordination existant. Pour une efficacité de la coordination et plus grande adhésion de tous les acteurs, il serait important au lieu de créer un nouvel organe de coordination tel que prévu par le PSNSC 2017-2021, d'actualiser les textes régissant le comité national de l'action sanitaire créé par le Décret N°96-316 du 24 avril 1996 et de redynamiser son fonctionnement. En outre, l'alignement du Plan Stratégique National de Santé Communautaire sur le PNDS n'est pas affirmé, alors que l'axe 6 du PNDS relatif à la Prévention et Promotion de la santé et de l'hygiène publique se rapporte à la santé communautaire.

Au niveau du suivi-évaluation, des indicateurs communautaires ont été définis dans les plans de suivi-évaluation des programmes de Santé, cependant l'on note l'absence d'un plan national de suivi-évaluation des interventions communautaires.

Concernant la collaboration avec les partenaires au développement, le gouvernement entretient de bonnes relations avec ses partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux. Cela se traduit entre autres, par leur contribution à certaines interventions prioritaires définies dans le dossier d'investissement.

En matière de financement des interventions de santé publique en général et de santé communautaire en particulier, on note que, de 2016 à 2018, l'État a été la principale source de financement du secteur de la santé : le budget du ministère de la Santé représentait 62 %. Le Gouvernement Américain a été le deuxième investisseur (15 %) dans le secteur de la santé et le Fonds mondial se place en troisième position (11 %). Les contributions des autres partenaires ~~du~~ au développement représentent moins de 12 % du budget. Cependant le gouvernement investit de manière insuffisante dans les soins de santé primaires d'où le faible niveau de financement des interventions communautaires.

Plusieurs défis ont été rapportés par les parties prenantes au rang desquels on peut citer l'intégration effective de la santé communautaire dans le système de santé publique ; la motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire ; le renforcement du management au niveau de la santé communautaire ; la mobilisation, participation et engagement communautaire ; et le renforcement de l'approche multisectorielle et le renforcement des capacités des acteurs de la santé communautaire.

Les difficultés relevées dans l'organisation et la mise en œuvre des interventions de santé communautaire ont conduit à des recommandations adressées à la Direction Générale de la Santé et à la Direction en charge de la santé communautaire.

Concernant les directives pour l'élaboration de la politique nationale de santé communautaire, la synthèse de l'analyse de la situation met en évidence les orientations stratégiques ci-après qui serviront à déterminer les axes stratégiques qui constitueront l'ossature de la Politique de Santé Communautaire. Ce sont :

- le renforcement de la participation communautaire,
- le renforcement du leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique,
- le renforcement des capacités des acteurs de santé communautaire,
- le multi partenariat en faveur de la santé communautaire,
- la mise à contribution de sources de financement pérennes et innovantes,
- l'approvisionnement permanent et continu du niveau communautaire en ressources matérielles, médicaments et non médicaments,
- le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire,
- la recherche opérationnelle.

## I. - INTRODUCTION

Le lancement des soins de santé primaires, en 1978, à la conférence d'Alma Ata, a proclamé la participation communautaire comme un principe directeur de l'action sanitaire que tous les pays en voie de développement devraient emprunter.

Depuis lors, les expériences de santé communautaire ont fleuri en Côte d'Ivoire à l'instar d'autres pays africains. Ainsi, la participation communautaire dans l'action sanitaire, en Côte d'Ivoire, a pris diverses formes que sont, entre autres, le recouvrement des coûts des prestations sanitaires, les Comités d'Action Sanitaire, les Comités de Gestion des établissements de santé et l'implication des Agents de Santé Communautaires (ASC).

### 1.1 - Contexte et Justification

La santé communautaire est l'un des piliers du développement sanitaire en Côte d'Ivoire.

Cependant, l'analyse situationnelle en prélude à l'élaboration de la stratégie nationale de santé communautaire en Côte d'Ivoire (de 2015 à 2016) révèle que 40 ans après Alma Ata, la mise en œuvre des interventions à base communautaire connaît des performances variables en Côte d'Ivoire. Les principales raisons sont :

- Un cadre institutionnel réglementaire et législatif resté longtemps inexistant, sinon inapproprié à l'intégration de la participation communautaire à l'action sanitaire ;
- Une absence de politique en matière de santé communautaire ;
- L'absence d'un statut légal des agents de santé communautaire dans l'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire ;
- L'insuffisance d'harmonisation des interventions communautaires souvent entre programme de santé (chaque partenaire technique et financier ayant son paquet d'activités et ses approches) ;
- Les activités communautaires ont été laissées aux seules organisations à base communautaire (OBC) ou Organisations Non Gouvernementales (ONG) avec comme conséquence une absence de coordination, de supervision ou d'indications et d'appui des autorités sanitaires nationales (centrales et périphériques) ;
- La très faible intégration des données communautaires dans le système national d'information sanitaire ;
- L'insuffisance de standardisation de la formation des ASC et l'inadaptation de cette formation aux modèles des ASC malgré l'existence de modules de formation harmonisés couvrant tous les domaines de la santé et destinés aux acteurs communautaires de santé.

Pour pallier à cette situation en 2017, une stratégie nationale avec un plan de mise en œuvre de la santé communautaire a été adoptée pour la période 2017-2021. Ce document de stratégie a réglé des enjeux cruciaux tels que la définition du statut de l'ASC, un début d'alignement des partenaires, le mécanisme de motivation, etc. Par contre, pour un système communautaire renforcé, pérenne et performant, il reste des

problématiques importantes à adresser telles que le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire, les mécanismes d'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé par l'harmonisation, et l'élaboration d'outils intégrés de collecte de données ainsi qu'un curriculum de formation intégré des ASC.

Selon le document national de cadre de mise en œuvre des interventions communautaires<sup>1</sup>, les activités de l'agent de santé communautaire sont réparties en activités sanitaires et de gestion.

Malgré l'importance reconnue de l'engagement communautaire en Côte d'Ivoire, les agents de santé communautaire, ne bénéficient pas d'un cadre formel réglementant leur implication, bien qu'ils soient utilisés comme interface entre le système de santé et la communauté et qu'ils soient mis à contribution dans le cadre de la mise en œuvre des activités des principaux programmes et projets de santé.

Dans la démarche, et selon ce document de stratégie, la Direction de la santé communautaire du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique entend mettre à jour la cartographie des intervenants et des interventions communautaires sur l'ensemble du territoire national et élaborer le document de politique nationale de santé communautaire, le cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre.

## *1.2 - Objectif*

Le présent rapport de l'Analyse de la Situation sera mis à la disposition des parties prenantes au processus d'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire. Il vise les objectifs suivants :

### *1.2.1 - Objectif général*

Contribuer à l'élaboration de la politique nationale de santé communautaire en vue de renforcer le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire

### *1.2.2 - Objectifs spécifiques*

- i. Rappeler les fondements théoriques et repères de la santé communautaire ;
- ii. Décrire le contexte socio-économique et politique et le dispositif de mise en œuvre de la santé communautaire de la Côte d'Ivoire ;
- iii. Partager les expériences réussies et bonnes pratiques de santé communautaire (en Côte d'Ivoire et en Afrique) ;
- iv. Décrire les Forces, faiblesses, opportunités et menaces ainsi que les défis de la santé communautaire en Côte d'Ivoire ;
- v. Proposer une vision, des principes et des valeurs pour la Politique Nationale de Santé Communautaire ;

---

<sup>1</sup> MSHP (2015), **Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire**

- vi. Proposer des orientations stratégiques en matière de santé communautaire pour la Politique Nationale de Santé Communautaire.

### 1.3 - Méthodologie

L'élaboration du rapport de l'analyse situationnelle de la santé communautaire 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 des interventions de santé communautaire. Elle a concerné quinze (15) structures du niveau central, une (01) région sanitaire, un (01) district sanitaire, trois (03) structures ministérielles non santé; deux (02) collectivités décentralisées; une (01) communauté; quatre (04) réseaux d'Organisation de la Société Civile (OSC); trois (03) organisations du secteur privé; et six (06) partenaires techniques et financiers. La collecte a eu lieu du 29 janvier au 18 février 2021 ;
- La troisième étape a consisté en la tenue d'un atelier au cours duquel le projet de rapport de l'analyse situationnelle a été présenté et les échanges ont permis de faire une analyse technique de l'organisation et de la mise en œuvre des interventions communautaires. Cet atelier a eu lieu à Jacquerville du 10 au 11 Mars 2021 et a enregistré la participation des différents acteurs du niveau central, du niveau régional, du niveau district sanitaire, des structures ministérielles non santé; des réseaux d'OSC, des collectivités décentralisées et communauté; des organisations du secteur privé; et des partenaires techniques et financiers. L'atelier s'est déroulé à travers des travaux en sessions plénières et travaux de groupes suivis de restitutions en plénière.

## III.- FONDEMENTS THÉORIQUES ET REPÈRES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Ce chapitre permet de rappeler les notions fondamentales pour une bonne compréhension de la santé communautaire à travers une synthèse des fondements théoriques de l'action communautaire en santé qui donnent leur sens aux points de repère de l'action communautaire en santé<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT), **Action communautaire en santé, un outil pour la pratique**, Décembre 2013

## **2.1 – Fondements théoriques**

L'action communautaire en santé repose sur deux fondements théoriques que sont :

- Une stratégie de la promotion de la santé
- Une stratégie pertinente pour agir sur l'environnement socio-politique.

### **2.1.1 - Le fondement 1 : stratégie de la promotion de la santé**

La promotion de la santé se définit comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. C'est un ensemble de cinq (5) piliers pour réduire les inégalités sociales de santé.

Ces piliers définis par la charte d'Ottawa permettent d'agir efficacement sur les déterminants de la santé et d'améliorer le niveau de santé des populations.

#### **2.1.1.1 -Pilier 1 : élaboration de politiques publiques favorables à la santé**

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, dans le but de connaître les conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à définir leurs responsabilités à cet égard.

Une action coordonnée conduit à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité grâce notamment à des mesures législatives, financières et fiscales ainsi qu'à des changements organisationnels. Une politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques favorables pour la santé dans les secteurs non sanitaires, ainsi que les moyens de surmonter ces obstacles.

#### **2.1.1.2 - Pilier 2 : création d'environnements favorables**

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisirs doivent être une source de santé pour les populations.

La promotion de la santé agit sur les conditions de vie et de travail pour qu'elles soient sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables. La protection des milieux naturels et des espaces construits ainsi que la conservation des ressources naturelles sont à prendre en compte dans toute politique de la promotion de la santé.

#### **2.1.1.3 - Pilier 3 : acquisition d'aptitudes individuelles**

La promotion de la santé s'appuie sur le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux personnes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement, afin de les rendre aptes à faire face aux difficultés rencontrées dans la vie.

Ce travail doit être intégré dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire.

#### 2.1.1.4 - Pilier 4 : réorientation des services de santé

Il s'agit de créer un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. C'est une tâche à mener ensemble : usagers, groupes communautaires, professionnels de santé, établissements de services, décideurs institutionnels et politiques. Au-delà de son mandat d'offre de services curatifs et préventifs, le secteur sanitaire doit se doter d'un mandat plus vaste : soutenir chaque personne et chaque groupe dans sa recherche d'une meilleure qualité de vie, en faisant intervenir d'autres secteurs à caractère social, politique, économique et environnemental.

#### 2.1.1.5 - Pilier 5 : renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé implique la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la reconnaissance de la capacité des communautés à prendre en main leur destinée et à assumer leurs responsabilités. Le développement communautaire s'appuie sur les ressources humaines et matérielles des communautés pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle des personnes en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances, ainsi que des moyens et des espaces dédiés à l'expression et à la participation.

#### 2.1.2 - Le fondement 2 : stratégie pertinente pour agir sur l'environnement socio-politique

« L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale, d'intérêts, d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire, etc.) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (*empowerment*) »

L'expression « action communautaire » a été davantage utilisée dans le domaine de la santé depuis la promulgation de la Charte d'Ottawa en 1986. Pourtant, depuis toujours, les sociétés ont organisé le rapport entre la conception de la santé, le mode d'organisation sociale, les préoccupations et les besoins des communautés pour leur bien-être. La santé communautaire est ainsi l'héritière de la médecine sociale, construite en contrepoint des avancées des sociétés industrielles du XIX<sup>ème</sup> siècle.

L'action communautaire appliquée à la santé se construit au travers de dialogues et de solidarités horizontales (entre pairs), verticales (entre couches sociales, catégories

professionnelles ou tranches d'âges) et durables (tenant compte des générations précédentes ou à venir).

Elle repose sur une base communautaire locale, sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités (un diagnostic) qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la communauté ; elle s'appuie sur la participation autant représentative que directe de tous les membres de la communauté. En effet, si les problèmes sociaux et sanitaires sont de nature collective, ils doivent faire l'objet de solutions collectives.

**Les valeurs qui sous-tendent l'action communautaire :** L'action communautaire prend son sens dans l'engagement de tous les acteurs de la communauté pour la justice sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect.

La solidarité fait référence à deux attitudes : un parti pris en faveur des personnes qui souffrent des injustices affectant leur santé et l'adoption de pratiques qui favorisent la cohésion sociale.

La solidarité passe par la reconnaissance de l'autre et le respect des différences. Le respect constitue une des valeurs qui vont permettre de désamorcer les mythes et les préjugés véhiculés par la société et le groupe d'appartenance. Cette dynamique d'ouverture est d'autant plus importante que ces mythes et préjugés ont pour effet de maintenir les inégalités en place.

L'action communautaire se veut donc être « une démarche éthique et démocratique qui place l'humain au cœur de l'action et comme priorité de tous ses objectifs, associant tous les acteurs à sa co-construction, en changeant les relations de domination en relations de négociation et de réciprocité » (Philippe Lefèvre, communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008).

**Les acteurs de l'action communautaire et leurs pratiques :** Le défi de l'action communautaire est la prise de conscience par chacun des acteurs qu'il est coresponsable de l'équilibre du dispositif mis en place et qu'une défaillance de l'un d'eux mettrait l'ensemble du dispositif en échec.

La participation de tous apparaît comme la plus porteuse d'effets : c'est la clef de voute d'une action communautaire.

C'est par son schéma organisationnel, son mode de fonctionnement et ses valeurs qui la sous-tendent que l'action communautaire est un véritable outil de développement de la communauté.

Sa spécificité réside dans la combinaison de pratiques reliant les acteurs des différents secteurs et les mécanismes permettant l'expression de tous les types d'acteurs.

L'action communautaire se construit sur le partenariat, incluant différents secteurs et types d'acteurs cultivant la confiance à tous les niveaux et entre tous.

## ***2.2 – Les repères de l'action communautaire en santé***

Les repères de l'action communautaire en santé sont au nombre de huit (8) classés en trois grandes catégories :

## **2.2.1 - Repères spécifiques à la stratégie communautaire**

### **2.2.1.1 - Concerner une communauté**

La démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutionnels).

La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique

### **2.2.1.2 - Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction**

La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

### **2.2.1.3 - Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs**

La démarche communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

### **2.2.1.4 - Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

## **2.2.2 - Repère méthodologique**

### **2.2.2.1 - Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple**

La démarche communautaire se réfère à un plan d'action construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources...

La planification doit comporter un processus d'évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.

## 2.2.3 -Repères relatifs à une approche en promotion de la santé

### 2.2.3.1 - Avoir une approche globale et positive de la santé

La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

### 2.2.3.2 - Agir sur les déterminants de la santé

Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).

### 2.2.3.3 - Travailler en intersectorialité

La démarche communautaire en santé vise à soutenir la participation de tous les secteurs concernés par la santé globale en:

- favorisant les décloisonnements institutionnels et professionnels
- favorisant l'implication des partenaires et des secteurs diversifiés
- veillant à définir et clarifier les rôles et places de chacun des partenaires

## III.- CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET POLITIQUE DE LA CÔTE D'IVOIRE

### 3.1 – Contexte socio démographique<sup>3</sup>

#### 3.1.1 -Au plan démographique

Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2014, la population ivoirienne estimée à 22 671 331 habitants (dont 48,3% de femmes contre 56% d'hommes) a continué de croître à un rythme rapide, bien que le taux d'accroissement démographique ait reculé de 3,8 % entre 1975 et 1988 à 2,6 % entre 1998 et 2014. Cette dynamique démographique est due, pour l'essentiel, au niveau encore élevé du taux de fécondité selon lequel les projections de l'Institut national de la statistique (INS) indiquent que, dans les années à venir, la population devrait continuer de croître (+24,8 % entre 2020 et 2030) et l'explosion démographique des jeunes se poursuivre à un rythme soutenu : le nombre des moins de 20 ans devrait augmenter de 18 % pour atteindre 16,15 millions en 2030 contre 13,65 en 2020.

#### 3.1.2 -Au plan social

Il faut noter que même si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d'Ivoire : près de 46 % de

---

<sup>3</sup> RGPH 2014

la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57 %) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016). Le taux d’alphabétisation des adultes est estimé à 45 %, marqué par une forte disparité entre les hommes et les femmes : 53 % des hommes sont capables de lire et d’écrire contre 36 % de femmes<sup>4</sup>.

Le principal enjeu social sera de maintenir l’économie ivoirienne sur une trajectoire de croissance forte afin d’éradiquer la pauvreté et de réduire significativement les inégalités.

### 3.2 – Contexte économique

Depuis 2012, l’économie ivoirienne est une des plus dynamiques du continent africain, avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 7 %. Dans les années à venir, la croissance économique devrait se poursuivre, tirée par l’industrie et le secteur des services (communications, transports, finances), dont la contribution au PIB se situe respectivement autour de 25% et 31%<sup>5</sup>. Toutefois, certains risques socio-économiques susceptibles d’affecter le bien-être et le développement demeurent.

Le premier est lié à la place qu’occupe la production agricole en particulier la culture du cacao dans l’économie et aux fragilités structurelles de ce secteur. Bien que sa contribution à la croissance du PIB soit tendanciellement en recul (19,8 % en 2018), le secteur primaire fournit encore près d’un emploi sur deux et est la première source de devises du pays (60 % des exportations en 2018, dont 40 % pour le seul cacao). Or la production agricole reste exposée aux fluctuations des cours sur les marchés internationaux ainsi qu’aux aléas climatiques, ce qui rend les ménages, notamment ceux vivant dans les zones rurales, particulièrement vulnérables aux chocs. De plus, en dépit d’une demande mondiale dynamique, les exportations de cacao ivoirien pourraient être affectées par la stagnation de la production consécutive au manque de terres disponibles, au vieillissement des plantations, à la réduction de la main-d’œuvre agricole du fait de l’exode rural et à l’impact du changement climatique qui assèche les terres cacaoyères et réduit leur fertilité, l’apparition de nouveaux concurrents sur le marché mondial ; et des pressions exercées par les États-Unis et l’Union européenne pour que les produits agricoles ivoiriens, en particulier le cacao, soient certifiés de façon à garantir qu’ils n’ont pas été obtenus en ayant recours au travail forcé, au travail des enfants, à la déforestation.

Le second risque est lié au fait que la croissance reste insuffisamment inclusive, ce qui, dans le contexte de l’élection présidentielle de 2020, pourrait exacerber les tensions. Selon le FMI, le PIB par habitant s’élevait en 2019 à 1 720 USD, plaçant la Côte d’Ivoire dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Toutefois, la Côte d’Ivoire ne se situe qu’au 165<sup>ème</sup> rang sur 189 de l’Indice de Développement Humain (IDH) et au 149<sup>ème</sup> rang sur 157 de l’indice de capital humain (ICH), et une très grande partie de la population continue de vivre dans la grande pauvreté : en 2015, 46,3 % de la population vivait ainsi en dessous du seuil national de pauvreté, dont 56,8 % de la population rurale, 44 % de la population urbaine hors Abidjan et 22,7

---

<sup>4</sup>Financement de la santé/Dossier d’investissement 2020-2023

<sup>5</sup> Côte d’Ivoire : l’avancée des réformes/ vers l’émergence en 2020/ Rapport d’avancement de mi-parcours (N°4)

% de la population d'Abidjan. Face à cette situation, le gouvernement a lancé un programme social (PSGouv) pour les années 2019-2020 qui vise à renforcer le volet social du PND et le caractère inclusif de la croissance au moyen de douze mesures phares en faveur des secteurs sociaux clés.

### 3.3 – Contexte Politique<sup>6</sup>

Depuis 2012, la situation sécuritaire s'est améliorée sur l'ensemble du territoire ivoirien. Toutefois, la cohésion sociale de la Côte d'Ivoire reste fragile en raison de la persistance d'un niveau élevé de pauvreté et d'inégalités, des limites du processus de réconciliation nationale et des tensions intercommunautaires existant dans de nombreux points du pays, en particulier dans les régions de l'ouest, du nord et du centre.

Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l'utilisation des terres et l'accès aux ressources naturelles comme l'eau, les forêts, les minerais. Ces tensions sont aggravées par : (i) *le désordre régnant au niveau des droits fonciers que ni la loi coutumière ni la loi moderne ne parviennent à réguler ; (ii) le développement de l'orpaillage clandestin pratiqué par des migrants allochtones ou étrangers ; (iii) le sentiment qu'ont des communautés autochtones d'être spoliées de leurs terres ou de ne pas bénéficier des mêmes opportunités socio-économiques que les allochtones ou les étrangers au motif que les chefs coutumiers auraient été corrompus par ces derniers et que le pouvoir central favoriserait délibérément les gens du nord ou de l'est ;(iv) la forte présence de populations étrangères sur le territoire et la régulation insuffisante des flux migratoires ;(v) la présence d'un grand nombre de jeunes désœuvrés et défiants à l'égard de toute forme d'autorité ; et (vi) la lutte acharnée pour le contrôle du pouvoir local, dans un contexte d'affaiblissement des chefferies traditionnelles*

Un autre facteur de fragilité susceptible de déboucher sur des situations d'urgences humanitaires est lié au contexte régional, marqué par la montée en puissance des mouvements djihadistes au Mali et au Burkina Faso, deux pays avec lesquels la Côte d'Ivoire partage plus de 1 100 km de frontières et dont de nombreux ressortissants vivent sur le territoire ivoirien. Bien que la Côte d'Ivoire ait jusqu'ici été relativement épargnée par les attaques terroristes et que le nord du pays ait connu au cours des dernières années un rattrapage important sur le plan économique et social, il est à craindre que les similarités socio-économiques observées dans d'autres pays de la région et la déstabilisation du Mali et du Burkina Faso ne favorisent les infiltrations des organisations terroristes sur le territoire ivoirien et ne débouchent sur des attaques entraînant des déplacements importants de populations et un durcissement durable des rapports interconfessionnels, voire des violences à caractère ethnoreligieux.

Enfin, les différentes élections qui conduisent à aggraver de l'ensemble des fragilités que connaît le pays et débouchent sur des incidents graves. En effet, sous l'effet de l'intensification de la compétition politique pour la conquête du pouvoir, il est souvent observé des tensions sociales et des risques de résurgence de nouveaux cycles de

---

<sup>6</sup> Ministère du Plan et du Développement/UNICEF : Analyse de la situation de la situation de la femme et des enfants en Cote d'ivoire/SITAN 2019

violence. Bien qu'une généralisation de la violence débouchant sur une situation d'urgence humanitaire à l'échelle du pays ne soit pas le scénario le plus probable, des violences localisées sont toujours à redouter et il est important de renforcer, les systèmes d'alerte précoce et les mécanismes locaux, régionaux et nationaux de prévention et de régulation des conflits, en veillant à établir une forte interconnexion entre les différents niveaux.

### *3.4 – Liens entre profil épidémiologique et santé communautaire*

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'importance du fait des habitudes adoptées par les populations, notamment la sédentarité, l'alimentation riche en graisse, sucre et sel, la non pratique de l'exercice physique, le tabagisme, l'alcoolisme et autres addictions.

Les maladies émergentes et réémergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent du terrain. Toutes ces maladies se développent dans un environnement insalubre et pollué, cela dans un contexte global de réchauffement climatique très souvent lié à l'action des communautés elles-mêmes.

Les menaces sanitaires quasi permanentes pour les populations découlant de la situation décrite ci-dessus sont responsables d'environ 50 à 80 % des décès dans les ménages.

Des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses, entreprises au sein des communautés et par les communautés, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé.

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

## **IV.– PROFIL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX**

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs modifiables qui influencent l'état de santé d'une personne, allant de l'environnement dans lequel évolue l'individu à ses comportements. Ces facteurs, externes au secteur de la santé sont entre autres, l'éducation, la sécurité sociale, la situation professionnelle et le revenu, l'environnement ou encore la situation en matière de transports et de logement.

### *4.1 – Éducation-formation -niveau d'instruction*

L'éducation joue un rôle capital dans le développement des capacités et sur la santé. Une population qui bénéficie d'une éducation de qualité est prédisposée à une meilleure compréhension des messages et à éviter des pratiques susceptibles d'influencer négativement sa santé. En outre, l'instruction de la population est un élément important dans la formulation des campagnes de communication de masse. Le niveau d'instruction des adultes influe sur leur comportement procréateur, le

recours à la contraception moderne, le comportement en matière de santé, d'hygiène et de nutrition et la scolarisation des enfants du ménage.

Selon les Statistiques Scolaires de Poche 2018-2019 (MENETFP/DSPS), la Côte d'Ivoire compte 188 147 élèves au préscolaire, 4 003 884 élèves dans le primaire et 2 110 499 élèves dans l'enseignement secondaire générale. Par ailleurs, l'on dénombre 2 198 centres d'alphabétisation avec 56 027 apprenants. Le taux d'alphabétisation se situe à 49% et le taux net de scolarisation à 91.06%.

#### *4.2 – Assainissement et la salubrité*

La proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement de base est passée de 66% en 2015 à 81% en 2018 et sept (07) barrages excréteurs de crues sont disponibles (Source -Ministère de la Construction du Logement de l'Assainissement de l'Urbanisme). En outre, toujours selon la même source, la proportion de la population pratiquant la défécation à l'air libre est passée de 34 % en 2015 à 19% en 2018.

Par ailleurs, le niveau de salubrité montre une proportion relativement élevée des chefs-lieux de région disposant d'au moins une infrastructure de salubrité urbaine à 33%. (Source - Ministère de Environnement et du Développement Durable).

Sur la période 2018 -2020, L'Etat a mis en œuvre un programme de latrinisation (réhabilitation/construction) en milieu scolaire et dans les centres de santé ; réalisé des travaux d'assainissement dans la Ville d'Abidjan et les chefs-lieux des principales régions du pays ; et poursuivi l'entretien des ouvrages d'assainissement.

#### *4.3 – Emploi*

L'emploi est un déterminant majeur de la santé. Le revenu que confère l'emploi détermine les conditions de vie et établit un lien de causalité à double sens entre pauvreté et santé. Un individu bénéficiant d'un revenu stable, dispose de minimum de ressource pour faire face à ses besoins de santé et ceux de sa famille.

L'éducation joue un rôle capital dans le développement des capacités et sur la santé. Selon l'Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et le Secteur Informel (ENSESI) 2016, la population en âge de travailler est estimée à 14 870 704 sur une population totale projetée de 23 681 171, soit une proportion de 62,8%. Elle est relativement jeune (63,0 %) avec un âge variant entre 14 et 35 ans et réside majoritairement en milieu urbain (52,8 %). Cette population est constituée de 50,5 % hommes et 49,5 % femmes, résidant majoritairement en milieu urbain : 52,8 % dont 21,3 % dans la ville d'Abidjan et 31,5 % dans les autres villes. Cette population enregistre une forte proportion de personnes sans aucun niveau d'instruction (47,1 %). Elle est relativement jeune avec 31,2 % dont l'âge est compris entre 14 et 24 ans et 63,1% qui a entre 14-35 ans. La population en âge de travailler en Côte d'Ivoire est majoritairement constituée de main-d'œuvre (58,2 %) avec environ 4 individus sur 10 classés hors main-d'œuvre (41,8 %).

#### *4.4 – Taux de chômage*

La main-d'œuvre est composée des personnes en emploi et de celle au chômage. Selon l'Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et le Secteur Informel (ENSESI) 2016, la main-d'œuvre est estimée à 8 658 707 personnes, ce qui représente 58,2 % de la population totale en âge de travailler. La population en emploi est estimée quant à elle, à 8 418 055 personnes, soit 97,2 % de la main d'œuvre. La population au chômage est estimée à 240 652 personnes, ce qui représente un taux de chômage de 2,8 %. Le chômage se repend principalement en milieu urbain et chez les jeunes. Le taux de chômage est plus élevé à Abidjan (6,9 %) et dans les autres villes (3,4 %) et assez faible en milieu rural (0,9 %). Il est beaucoup plus important dans le groupe d'âges 14-24 ans (3,9%) et dans une moindre mesure dans le groupe d'âge 25-35 ans (3,5%) que le groupe de 36-59 ans (2,0%) et les personnes de 60 ans et plus (1,0%). Par ailleurs, il reste plus élevé chez les femmes (3,5 %) que chez les hommes.

#### *4.5 – Environnement et risques liés à la consommation*

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'état de santé des populations. Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations.

#### *4.6 – Accessibilité à l'eau potable*

L'eau est un élément essentiel de la vie, elle constitue environ 71% du poids du corps d'un être humain. La mauvaise qualité de l'eau et sa raréfaction constituent une menace pour la santé des individus et des populations. L'Organisation des Nations unies a décrété la décennie 2005-2015 « décennie internationale de l'eau » sous le thème "L'eau, source de vie" et a instituée tous les 22 Mars, comme « journée mondiale de l'eau ». On estime à 3 millions le nombre de personnes qui meurent dans le monde par an à cause de la mauvaise qualité de l'eau, et du manque d'accès à l'eau potable (OMS). L'accès à une eau sans risque sanitaire est donc l'un des moyens les plus efficaces de promouvoir la santé. En Côte d'Ivoire, selon l'office national de l'eau potable (ONEP), la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable est de 85% en 2018.

#### *4.7 – Urbanisation*

L'urbanisation est associée à de nombreux enjeux sanitaires liés à l'eau, l'environnement, la violence et les traumatismes, les maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque tels que la consommation de tabac, les régimes alimentaires nuisibles à la santé, la sédentarité, la consommation abusive d'alcool ainsi

que les risques associés aux flambées épidémiques, risque des maladies non transmissibles. A cet effet en 2010, l'OMS a consacré la journée mondiale de la santé à la problématique de l'urbanisation sous le thème « urbanisation et santé » afin de prendre en compte les conséquences de l'urbanisation sur notre santé collective et individuellement. En Côte d'Ivoire, le Taux d'urbanisation est passé de 50,3 % en 2015 à 52,1 en 2018 (Source : MCLAU). Le pourcentage de la population des ménages qui utilisent des toilettes améliorées est de 53,1 % en milieu urbain.

#### *4.8 – Habitat et logements*

Les flux migratoires non maîtrisés, l'insuffisance de commodités dans les habitations, les lotissements anarchiques et le phénomène des quartiers spontanés et précaires constituent autant de facteurs de la détérioration du cadre de vie. Cette situation s'explique entre autres par la croissance galopante de la population urbaine, l'absence de systèmes efficaces de production et de financement de logements, une planification urbaine mal maîtrisée et la destruction des habitations lors des différentes crises armées (RGPH 2014). On peut retenir qu'au niveau national, sur 4 171 496 ménages ordinaires recensés :

- 38 % des ménages disposent d'un lieu d'aisance adéquat ;
- 61 % des ménages utilisent une eau de boisson potable ;
- 62 % des ménages disposent de l'électricité ;
- 78 % des ménages utilisent le bois et le charbon comme mode de cuisson alors qu'ils sont 22 % à utiliser le gaz ;
- 70 % des ménages rejettent leurs ordures dans la nature ;
- 80 % des ménages n'utilisent pas les fosses septiques et les réseaux d'égout comme mode d'évacuation des eaux usées

#### *4.9 – Environnement et Développement Durable*

Le domaine de l'Environnement et du développement durable est de plus en plus fragilisé dans le monde. Les niveaux de pollution de l'air restent dangereusement élevés dans de nombreuses parties du monde. De nouvelles données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) montrent que 9 personnes sur 10 respirent un air contenant des niveaux élevés de polluants. Les dernières estimations révèlent que 7 millions de personnes meurent chaque année à cause de la pollution de l'air ambiant (extérieur) et à cause de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. Selon l'OMS chaque jour, environ 93% des enfants de moins de 15 ans dans le monde (soit 1,8 milliard d'enfants) respirent un air si pollué qu'il met gravement en danger leur santé et leur développement.

En Côte d'Ivoire, selon l'OMS, la pollution de l'air, tant intérieur qu'extérieur, entraîne chaque année la mort de quelques 600 000 enfants de moins de 15 ans en raison d'infections aiguës des voies respiratoires.

En outre, la réduction drastique du couvert forestier, la perte de la biodiversité, la pollution des eaux et du sol, la dégradation des écosystèmes marins et lagunaires et l'absence de système de traitement adéquat des déchets polluants venant des activités

domestiques, industrielles, agricoles, minières et maritimes et sont autant de menaces à la santé des populations.

#### *4.10 – Risques liés à la consommation des aliments*

La FAO définit la sécurité alimentaire comme une situation qui garantit à tout moment à une population, l'accès à une nourriture à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif. La méconnaissance des normes de sécurité sanitaire des aliments, caractérisée par des conditions déplorables de sécurité des aliments et le développement non contrôlé des espaces de commercialisation et de restauration collective constituent une menace sanitaire quasi permanente. Les risques liés à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective. Tous ces facteurs d'exposition sus cités expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires, cutanées, des maladies chroniques et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

#### *4.11 – Couverture du risque maladie*

La couverture sanitaire universelle relève du droit de l'être humain à la santé, elle doit contribuer à réduire les iniquités en santé et donner la chance à tout individu d'avoir accès aux services de santé. En Côte d'Ivoire, avant 2015, moins de 10 % de la population bénéficie d'une couverture sociale. Les mutuelles sociales sont rares dans le secteur agricole et quasi inexistantes dans le secteur informel. Par ailleurs la proportion de femmes sans assurance médicale est élevée dans toutes les régions où elle varie entre 97 % et 100 % (CNAM). La Couverture Maladie Universelle instituée par l'état ivoirien en 2014 est effective depuis octobre 2019.

## **V. - DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE 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.

### *5.1 - Niveau Central*

#### **5.1.1. Comité National de l'Action Sanitaire**

Le Comité National de l'Action Sanitaire (CNAS) a été mis en place par le Décret N°96-316 du 24 avril 1996 portant création et organisation du Comité National de l'Action Sanitaire. Il est placé sous la tutelle du Président de la République de Côte d'Ivoire avec les missions suivantes : (i) examiner l'état d'avancement des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les pathologies prioritaires, (ii) faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire national, (iii)

donner des conseils, suivre et contrôler l'exécution des programmes d'hygiène publique. Ce décret crée également les comités régionaux et départementaux de l'Action Sanitaire. Le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire présenté dans le PSNSC 2017-2021 ne fait pas mention de cet organe. Ce qui présume qu'il n'est pas fonctionnel. Il devrait donc être redynamisé pour prendre en compte l'évolution du système sanitaire actuel.

### **5.1.2. Comité National de Coordination de la Santé Communautaire**

Le PSNSC 2017-2021 a fait mention dans le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire, de la mise en place par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du **Comité National de Coordination de la Santé Communautaire** placé sous l'égide de la Primature. Ce comité a pour mission d'assurer la prise en compte du volet communautaire dans toutes les réformes du système de santé, mobiliser les fonds pour le développement de la santé communautaire, et coordonner la mise en œuvre de la stratégie de 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.

Bien que décrit dans le PSNSC 2017-2021, il n'est pas fait mention de ce comité dans le rapport de la revue à mi-parcours dudit PSNSC. Il est plutôt fait état d'un projet d'arrêté ministériel (portant organisation, composition et fonctionnement) du **Cadre de Concertation Permanent** sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) qui est en attente de signature par l'autorité compétente.

### **5.1.3. Direction de la Santé Communautaire**

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

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

## ***5.2 - Niveau régional***

La direction régionale de la santé est chargée de la coordination des activités de santé communautaire au niveau des districts sanitaires. Cette coordination des interventions à base communautaire est faite par l'équipe régionale de la santé élargie aux autres services sociaux de base. Elle assure à cet effet le renforcement des capacités des acteurs pour le développement de la santé communautaire et désigne en son sein un point focal dont la mission principale est la coordination des actions de santé communautaire.

### *5.3 - Niveau district*

#### **Bureau du district sanitaire**

Le district sanitaire est chargé de la formation des acteurs et de l'encadrement des centres de santé de son ressort territorial en matière de développement de la santé communautaire. A ce titre, le district sanitaire assure la coordination des interventions communautaires menées par l'ensemble des acteurs au niveau départemental à travers son Équipe Cadre de District (ECD) élargie aux autres services sociaux de base et aux différentes Organisations de la société civile. Le Bureau du District sanitaire désigne un point focal chargé de la coordination des actions de santé communautaire.

#### **Niveau des établissements sanitaires de premier contact (ESPC)**

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

La coordination de la santé communautaire au niveau de l'aire sanitaire est assurée par le responsable de l'ESPC. Sa mission consiste à élaborer les micro-plans des activités communautaires avec la participation de la communauté, à organiser les réunions mensuelles, à superviser les ASC et à faire le rapportage des activités communautaires.

Dans la conduite de sa mission, le responsable de l'ESPC collabore étroitement avec les ASC et autres acteurs de santé communautaire.

### *5.4 - Niveau communautaire*

La pleine participation et l'engagement des communautés sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. La participation des usagers, peut également contribuer à l'amélioration de la qualité des services sanitaires. Cela se fait à travers les autorités coutumières, des organisations comme les Comités de Gestion des Établissements Sanitaires (COGES), les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les coopératives, les Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ).

Ces CVD et CDQ comprennent tous les ASC et autres relais d'une localité en un seul comité de développement en vue d'une réponse intégrée au problème de santé. Un encadrement est apporté à la communauté pour une participation active à toutes les phases de mise en œuvre d'une intervention. La communauté participe au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation.

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

Le CVD ou le CDQ veille à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de mise en œuvre des activités de santé communautaire et développe des mesures de pérennisation des acquis sur la base des rapports produits par les différents acteurs.

## VI.- INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE ET PRINCIPAUX ACTEURS

Un cadre de mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire a été défini en 2015 dans le but d'optimiser les services et les soins aux populations dans le cadre de l'accès universel aux services de santé.

Ce cadre a pour Objectif général de « Contribuer à la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires en rendant disponibles, accessibles géographiquement et financièrement des soins et des services de bonne qualité au sein de la communauté ».

*De manière spécifique, ce cadre :*

- définit les soins et services à mener au niveau communautaire ;
- met à disposition un cadre réglementaire régissant la mise en œuvre des Interventions à Base Communautaire ;
- assure les soins et services de qualité aux communautés par des Agents de Santé Communautaires qualifiés ;
- définit un système de motivation pérenne des Agents de Santé Communautaires ;
- optimise la collecte de l'information sanitaire communautaire ;
- développe des mécanismes efficaces de mise en œuvre, de coordination et de pérennisation des Interventions à Base Communautaires.

### 6.1 - Interventions à Base Communautaire

Pour atteindre les objectifs fixés, plusieurs interventions ont été identifiées en tenant compte des directives des différents programmes de santé. Ces interventions de type préventif, curatif et promotionnel sont classées comme suit :

- *Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIMNE-C)*
- *Promotion des pratiques familiales clés pour la survie du nouveau-né et de l'enfant*
- *Promotion de l'hygiène, de l'assainissement, de l'utilisation de l'eau potable et gestion des déchets sanitaires*
- *Prise en charge intégrée des Maladies Tropicales Négligées (onchocercose, filariose lymphatique, géo helminthiases, ulcère de Buruli, lèpre, trachome, Noma, Pian, Dracunculose, schistosomiases et trypanosomiase humaine africaine)*
- *Prise en charge de la Tuberculose au niveau communautaire (DOT communautaire)*
- *Surveillance intégrée des maladies au niveau communautaire*
- *Campagnes intégrées d'administration de vaccins, de médicaments, et*

### *distribution de produits*

- *Santé Maternelle et infantile*
- *Santé mentale : Epilepsie, troubles mentaux, toxicomanie*
- *Traumatismes et accidents de la voie publique*
- *Rééducation à Base Communautaire des Enfants Vivant avec les Handicaps/ Réhabilitation à base communautaire des personnes avec un handicap*
- *Lutte contre les IST/ VIH/Sida*
- *Prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire*
- *Lutte contre le paludisme*
- *Gestion des urgences (morsures venimeuses, accidents domestiques) et des situations de catastrophes*
- *Promotion du don de sang*
- *Lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, HTA, diabète, drépanocytose, cancers du col de l'utérus, cancer du sein)*

Les principales activités relatives à chacune des interventions sont décrites à l'**annexe 5**

## **6.2 - Principaux acteurs et leurs missions**

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

### **6.2.1. Acteurs sanitaires**

#### **Au niveau central**

Il s'agit des **Directions centrales, Services centraux et Programmes de Santé**.

Leurs principales missions consistent à élaborer et diffuser les documents de référence nécessaires à la mise en œuvre des interventions (politiques, textes réglementaires, stratégies, normes, standards, outils, supports, etc.) ; former les formateurs et les prestataires ; coordonner les interventions des programmes et autres services de santé ; faire le suivi-évaluation des interventions des programmes et autres services de santé ; faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et mobiliser les ressources

#### **Au niveau régional**

**Les Equipes Régionales de Santé** ont pour mission de : intégrer le volet communautaire dans la supervision des ECD (Equipe Cadre du District) ; former les ECD aux activités communautaires ; coordonner, suivre et évaluer les interventions à base communautaire ; et faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources

## Au niveau district

**Equipes Cadres de District (ECD).** Elles ont pour rôle de : former les responsables des ESPC pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire ; équiper les responsables des ESPC en outils de gestion des interventions à base communautaire ; superviser les responsables des ESPC sur la mise en œuvre des interventions à base communautaire ; coordonner, suivre et évaluer les interventions à base communautaire (activités des ASC) ; mobiliser les ressources pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire

**Responsables des ESPC :** Leur principal rôle est de : mobiliser les communautés et les ressources locales ; former et superviser les ASC ; rendre disponibles les intrants et les outils de gestion au niveau des ASC.

### 6.2.2. Autres acteurs

Les principaux rôles des autres acteurs se présentent comme suit :

- i. **Corps préfectoral :** nommer les ASC par arrêté préfectoral sur proposition de la communauté ; mobiliser les communautés
- ii. **Conseils régionaux et Mairies :** mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC ; mobiliser la communauté
- iii. **Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ) :** mobiliser les communautés ; contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des interventions à base communautaire et à la motivation des ASC,
- iv. **Comités de Santé :** mobiliser les communautés ; mobiliser les ressources locales ; participer à la mise en œuvre des interventions à base communautaire,
- v. **Comités de Gestion des Etablissements Sanitaires :** mobiliser les communautés ; mobiliser les ressources locales ; participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires
- vi. **ONG/Associations locales :** mobiliser les communautés ; contribuer à la mobilisation des ressources ; apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires ; contribuer au suivi/supervision des interventions en collaboration avec les autorités sanitaires,

- vii. **Agents de Santé Communautaire (ASC)** : mobiliser les communautés ; mettre en œuvre les interventions (prévention, prise en charge des cas simples, référence/ orientation, gestion des intrants) au niveau communautaire ; recueillir les données communautaires ; réaliser le monitoring des activités communautaires avec l'appui du responsable de l'aire de santé
- viii. **Praticiens de la médecine traditionnelle** : contribuer à la mobilisation des communautés ; participer aux sessions de formations et de remise à niveau, référer/orienter les cas ; participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté
- ix. **Leaders d'opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations)** : mobiliser les communautés ; mobiliser les ressources ; participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté

Les détails relatifs aux missions et rôles de l'ensemble des acteurs sont décrits à l'annexe 6

## VII. QUELQUES RÉSULTATS ET EXPÉRIENCES DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

### 7.1 - Expériences de santé communautaire en Afrique

Dans les pays africains, diverses expériences ont été développées dans le domaine de la santé communautaire.

**Au Sénégal**, l'expérience a porté sur la construction d'une case de santé, la mise en place de services curatifs et préventifs avec la présence de relais (un ASC pour la prise en charge, une femme pour les accouchements et le suivi puis le relais communautaire (RC) qui ne fait que la promotion des pratiques familiales essentielles) et un Comité de Santé. [9]

*Ici, l'approche « case de santé » au niveau communautaire, associe deux agent(e)s de santé communautaire qualifiés (l'homme pour la prise en charge et la femme pour les accouchements et le suivi) et un RC.*

**Au Ghana** [8] : L'expérience de Navrongo appuyée par la recherche opérationnelle a montré que :

- L'affectation des infirmier(ère)s dans les communautés sans l'appui des RC et des organisations communautaires comme à Matlab au Bangladesh n'est pas efficace et n'a pas d'effet sur la mortalité infantile.

- L'approche de l'initiative de Bamako qui mobilise l'organisation communautaire traditionnelle (les groupements féminins, les leaders locaux, le comité villageois de santé) et déploie les agents villageois de santé ou relais communautaires volontaires sans les infirmiers ne produit pas d'impact sur la mortalité infantile. En réalité, dans le long terme, cette approche a été moins efficace que l'absence de service à base communautaire.
- Mais le modèle de l'Initiative de Bamako renforcé par les services d'un(e) infirmier(ère) au niveau communautaire peut avoir un effet rapide sur la mortalité infantile. En effet, là où les infirmiers sont postés, la mortalité infantile décline rapidement.

*Le projet de Navrongo a pris fin en positionnant graduellement des infirmiers(ères) dans toutes les communautés. Ce modèle est proche de celui mis en place au Sénégal. Les RC sont renforcés au niveau communautaire par des infirmiers(ères).*

**Au Niger :** En retenant que 80% de la population vit en milieu rural, avec 30% de taux d'utilisation des services de santé, on note que les taux de mortalité infanto-maternelle les plus élevés s'enregistrent en Afrique. Les stratégies reposent au Niger sur le développement du réseau de cases de santé où exercent des agents communautaires non qualifiés ; cette initiative est à 100% communautaire, avec la mise en place de kit de démarrage, la supervision par les ONG, etc.

Les agents communautaires sont rémunérés mensuellement à 30.000 FCFA au départ, mais l'Etat nigérien a augmenté cette motivation à 50.000 F CFA qu'il assume depuis quatre ans.

Les étapes d'une intervention en milieu communautaire incluent : la visite préliminaire, le plaidoyer, l'atelier d'orientation et de planification, l'appui technique et financier des PTF (passage à l'échelle à partir du site pilote), etc. L'évaluation est porteuse, avec plus de 80% des pathologies qui sont prises en charge correctement par les agents communautaires. Elle repose sur la lutte contre la malnutrition, les campagnes intégrées de vaccination et de distribution de vitamine A, l'amélioration de l'utilisation des services de santé, etc. [9]

*En synthèse, on retient que la case de santé a contribué à la réduction de la mortalité infanto-juvénile. Mais les interventions ont nécessité un coût important et un engagement politique fort. La supervision est la clé de la réussite de ces stratégies*

**Au Nigeria [7] :** Le projet pilote « accès à base communautaire aux injectables » a été mis en oeuvre en 2012 dans l'état de Gombe situé dans la région avec la plus forte mortalité maternelle, les plus forts taux de fécondité, et les plus faibles taux de prévalence contraceptive du pays. Au total, 30 ASC féminins ont été sélectionnés par les autorités du Gouvernement Local de la région pour servir comme volontaires dans le projet pilote. Les ASC ont été formées sur les méthodes de PF, le *counseling*, la sécurité en injection, la gestion des objets tranchants et piquants et la gestion des données. Le projet fournit des kits aux ASC pour transporter et stocker en sécurité les méthodes combinées de contraceptifs dont les Depo Provera (contraceptif injectable). Les supervisions mensuelles et les visites de monitoring ont été réalisées pendant la phase pilote de 6 mois pour revoir les outils de

supervision utilisés pour monitorer les ASC et assurer la qualité des services. Les résultats ont démontré que les contraceptifs injectables sont la méthode préférée dans le nord rural du Nigéria, l'utilisation est plus élevée lorsque la méthode est fournie dans la communauté qu'au niveau des centres de santé, et que les ASC sont capables de fournir en toute sécurité les injections et gérer les déchets. La contribution du Depo Provera au Couple Année Protection (CAP) était plus élevée lors des prestations à base communautaire (257 CAP) que lors des prestations dans les centres de santé (52 CAP). Il y avait une augmentation notable du nombre de clients qui ont quitté l'offre des injectables au centre de santé pour l'offre des injectables à base communautaire.

*En conclusion, les résultats ont démontré que les programmes fournissant l'accès à base communautaire aux contraceptifs injectables sont faisables et efficaces, même dans des régions comme le nord du Nigéria, qui est traditionnellement résistant à la PF. Le changement de politique du Conseil National de la Santé intervenu en 2012 permettant aux ASC de fournir des injectables au niveau communautaire peut accroître l'accès à la contraception et contribuer à l'atteinte des objectifs PF du pays.*

**Au Rwanda**, après le génocide, on a essayé de renforcer le système de santé en mettant en place quatre agents de santé communautaire non qualifiés ou RC au niveau du village avec une répartition de tâches précises : au total, **60.000 relais ont été mobilisés, avec une motivation basée sur la performance**. Cette coopérative est payée sur des indicateurs de prévention et de promotion tels que le nombre de CPN vues et référées, le nombre d'accouchements assistés et référés par le RC, etc. Depuis quatre ans, **on a introduit des téléphones mobiles aux RC** qui renseignent sur les indicateurs, les urgences, les ruptures de stocks, etc. [9]

**En Ethiopie** : Les interventions sont basées sur la faiblesse des indicateurs au niveau communautaire. Ainsi, environ 40.000 Agents des Services à base Communautaire ont été recrutés, toutes des femmes, avec pour objectif d'améliorer les pratiques de santé au niveau des ménages, de renforcer le système de santé, d'améliorer la disponibilité et la qualité des produits de santé, etc. Les leçons apprises se rapportent à l'extension des services de santé au niveau communautaire, à travers un système de délégation des tâches, la formation des agents, la prise en charge des salaires par l'Etat (50 Dollars Etats Unis "USD" par mois).

Les paquets d'activités comprennent : la cartographie des ménages, la sélection des familles modèles, la formation des familles modèles pendant quatre mois sur l'hygiène, la duplication des pratiques familiales, le suivi de la femme enceinte, les CPN (pas d'accouchement dans les postes de santé), le conseil sur les méthodes modernes de contraception, etc. [9]

*L'expérience de l'Ethiopie met l'accent sur des ASC féminins salariés de l'Etat (25.000 FCFA/mois) qui délèguent des tâches à des familles modèles formées sur l'hygiène, les pratiques familiales et le suivi des femmes enceintes.*

## Autres expériences en Afrique

Les Agents de Santé Communautaires (ASC) ont fourni des contraceptifs injectables afin de les rendre plus accessibles aux femmes dans plus d'une douzaine de pays dont l'Éthiopie, le Kenya, Madagascar, le Malawi, l'Ouganda, et la Zambie en Afrique, tout comme d'autres pays en développement tels l'Afghanistan, le Bangladesh, la Bolivie, le Guatemala, Haïti et le Népal. Ces pays ont utilisé les ASC dans le cadre d'une tendance plus large connue comme « changement de tâche » ou « partage de tâche » qui soutient l'utilisation de prestataires avec moins de formation médicale ou paramédicale pour fournir *des services tels que les contraceptifs injectables*, avec une formation et une supervision appropriée, et autres soutiens. Le terme ASC indique les agent(e)s de santé qui ont reçu une formation standardisée hors du curricula formel de formation en soins infirmiers et médecine ; les pays ont utilisé plusieurs noms et approches de formation pour cette catégorie. [7]

*Ces expériences ont mis en exergue l'efficacité de l'utilisation des ASC à qui des Compétences requises ont été données pour offrir des contraceptifs injectables en toute sécurité au niveau communautaire*

## 7.2 - Expériences de la santé communautaire en Côte d'Ivoire

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

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

### 7.2.1 - Lutte contre la maladie

#### ❖ Exemple de la Tuberculose

L'implication des communautés dans la lutte contre la maladie a commencé en Côte d'Ivoire avant les indépendances. La Côte d'Ivoire a adopté depuis 1995, la Stratégie Directly Observed Treatment Strategy (DOTS) ou Traitement Directement Observé. Certaines ONG ont procédé à la détection de cas suspects de tuberculose en communauté pour leur orientation vers les centres de dépistage et de traitement et le Traitement Directement Observé (TDO) communautaire à travers des visites à domicile pour l'observance, la recherche des irréguliers au traitement et des perdus de vue. Leurs interventions ont contribué à l'amélioration du dépistage et du succès du traitement antituberculeux.

En effet, CARITAS-CI avec l'appui du Fonds mondial a permis d'estimer la contribution communautaire à la notification et au traitement des cas en 2014. Par

exemple, le suivi de 7 785 patients de la cohorte de 2013, a été réalisé par 2 130 agents de santé communautaires et 220 conseillers communautaires. Plus de 50% des cas de tuberculose ont été dépistés grâce aux communautés.

L'implication des ASC dans la stratégie DOTS a permis de dépister une grande proportion de patients tuberculeux

❖ *Contribution de la communauté à l'éradication du ver de guinée et au maintien des pompes d'hydrauliques villageoises*

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

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

Ces interventions communautaires ont contribué aux côtés des techniciens de la santé et de l'hydraulique, à l'arrêt de la transmission du ver de guinée par la réduction du nombre de cas de 12 600 en 1990 à 0 cas en 2007. L'arrêt de la transmission a été possible grâce au maintien du fonctionnement de plus de 13 000 pompes d'hydrauliques villageoises, à la distribution de 70 000 tissus-filtres, au traitement de 10 000 points d'eau à l'Abate avec l'aménagement de margelle. La sensibilisation de 43 650 ménages dans plus de 900 localités anciennement endémiques ou à risque du ver de guinée y a également contribué.

Depuis décembre 2013, la Côte d'Ivoire est certifiée libre du ver de Guinée. En cette phase de post certification, la contribution des acteurs communautaires permet la veille épidémiologique.

La contribution des acteurs communautaires a conduit à l'arrêt de la transmission du ver de guinée et permet actuellement en phase de post certification d'assurer la veille épidémiologique

❖ *Contribution de la communauté à la lutte contre le VIH/SIDA*

**ENCADRE 1 :**

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

La stratégie clé pour palier au faible taux de rétention des PVVIH enrôlés et sous traitement antirétroviral dans les structures sanitaires était la mise sur pied d'une équipe de santé élargie aux ASC et impliquée dans les activités communautaires au niveau des ESPC. Sur cette base, ICAP en Côte d'Ivoire a mis en œuvre, en collaboration avec la Direction de la Santé communautaire (DSC), un projet de développement de divers modèles d'agents de santé communautaires (ASC). Ce projet dénommé ICAP Community Health workers' Approach (ICHAP) visait à expérimenter plusieurs modèles d'ASC existant dans le système de santé afin d'identifier le modèle le plus approprié, rentable et durable dans le contexte de la Côte d'Ivoire. Le Projet ICHAP est une étude

quasi-expérimentale avec des interventions dans 12 sites répartis dans quatre districts sanitaires (Divo, Fresco, Lakota et Cocody-Bingerville) à raison de 3 sites par district. Trois modèles d'ASC ont fait l'objet de l'étude :

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

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

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

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

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

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

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

Cette expérience a montré que le modèle d'« ASC-Coach » encadrant d'autres ASC favorise une plus grande rétention des PVVIH dans les soins (traitement antirétroviral)

### ❖ *Observatoire communautaire sur le traitement (RIP+/ITPC)*

#### **ENCADRE 2 :**

##### **Observatoire communautaire sur le traitement (RIP+/ITPC)**

Un Observatoire communautaire sur le traitement a été mis en place par le Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes vivant avec le VIH/Sida (RIP+) en 2017 avec l'appui technique de International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) West Africa et le soutien financier du Fonds Mondial. L'OCT est une approche conduite par les communautés afin de collecter et analyser de façon systématique et routinière des données quantitatives et qualitatives sur la qualité des services de prise en charge du VIH. Les données sont utilisées pour suivre les tendances le long de la cascade du VIH, et orienter des actions ciblées en vue d'améliorer la qualité des services au niveau de la Prévention, les Soins et Traitement, la Suppression de la charge virale

Cet Observatoire avait pour but d'accroître l'accès aux services pour les PVVIH. Le projet a été implémenté sur 32 sites sanitaires répartis dans 13 districts et 6 régions sanitaires. 16 agents communautaires des ONG membres du RIP+ ont été formés à la collecte de données qualitatives et quantitatives. Ces agents transmettent les données au RIP+ pour traitement et analyse avec l'appui d'un expert indépendant. Chaque trimestre, le RIP+ soumet un rapport d'information stratégique au Groupe Consultatif Communautaire (GCC). Le GCC est une plateforme, avec une représentation des groupes cibles du projet (Jeunes 15-24 ans, Femmes enceintes, Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Travailleuses du sexe et Usagers de drogues injectables), des représentants de gouvernements, des partenaires stratégiques au niveau national. Le GCC se réunit de manière trimestrielle pour définir des agendas de plaidoyer

Les résultats du projet et les actions qui en ont découlé se présentent comme suit :

##### **Prévention :**

- Taux de positivité au VIH très élevé chez les populations clés (HSH, TS)
- Faible communication sur l'importance du dépistage

##### **Soins & Traitements :**

- Non-respect des mesures de gratuité des soins VIH
- Effets secondaires importants des ARV chez les patients
- Eloignement des PVVIH par rapport aux centres de prise en charge pour éviter la stigmatisation

#### **Suppression Virale :**

- Insuffisance d'informations sur la charge virale chez les acteurs communautaires
- Long délai de rendu des résultats des tests de charge virale

#### **Actions et résultats :**

- Plaidoyer auprès du PNLS pour la formation des acteurs communautaire sur la Charge virale. Un atelier d'orientation des formateurs sur la sensibilisation des acteurs communautaires sur l'intérêt de la charge virale dans le suivi des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV le 06 Septembre 2018.
- Plaidoyer auprès du PNLS pour l'accès à la charge virale par les patients de CSU -Binava/Toumodi. Examen de charge virale disponible pour les patients après le plaidoyer depuis début septembre 2018
- Plaidoyer auprès du ministère de la santé et l'Hygiène Publique pour la suppression des frais additionnels. Note circulaire N°02169 DU 19 MARS 2019 par le MSHP de Côte d'Ivoire.
- Plaidoyer auprès du PNLS pour l'élaboration d'un plan national de communication sur le dépistage du VIH. Le processus d'élaboration du plan de communication a été initié le PNLS le 27 septembre 2019

La qualité et la bonne gestion du projet ont suscité un plaidoyer qui a permis au RIP+ de bénéficier en 2020 d'un financement du PEPFAR pour pérenniser les interventions de l'observatoire communautaire sur 14 districts prioritaires et réaliser une étude index stigma pour les populations clés.

L'expérience de l'observatoire communautaire sur le traitement montre le rôle primordial joué par les acteurs communautaires dans le suivi des services liés au VIH et dans l'orientation d'activités ciblées de plaidoyer susceptibles d'améliorer l'accès à des services de qualité, en particulier pour les populations clés sous-desservies (p. ex. les migrants, les adolescents, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les usagers de drogues injectables, les prisonniers et les personnes transgenres)

Les observatoires communautaires sur le traitement servent de mécanismes de surveillance des systèmes de prestation de services de santé et de services sociaux. Lorsque les communautés sont souvent négligées, marginalisées ou déconnectées des processus décisionnels, les OCT leur fournissent un moyen de s'assurer que les systèmes de santé répondent à leurs besoins – et reconnaissent leurs droits.

## **7.2.2 - Au niveau de la Santé maternelle et Infantile**

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

#### **Encadré 3 : Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)**

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

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

L'engagement des groupes de soutien à l'allaitement exclusif dans les activités de nutrition communautaire et de surveillance nutritionnelle a renforcé le dépistage et la prise en charge communautaire des cas de malnutrition aiguë modérée et sévère

❖ *Expérience de l'iCCM (Integrated Community Case Management)*

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

Cet ensemble comprend : (i) la prise en charge du paludisme chez les enfants de 2 mois à 59 mois par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) après un résultat positif de Test de Diagnostic Rapide (TDR), (ii) la prise en charge de la diarrhée par le sel de réhydratation par voie orale (SRO)/zinc, (iii) la prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA)/pneumonies par l'amoxicilline ou la tisane de miel au citron.

Ce paquet peut être complet (paludisme + diarrhée + pneumonie) ou minimum (Paludisme + Diarrhée).

Au cours de la phase pilote de cette approche mise en œuvre en 2016 dans 51 districts sanitaires, 3 612 ASC formés ont mené les activités.

Pour le paquet complet, 3 137 ASC interviennent dans 42 districts sanitaires.

Pour le paquet minimum, 475 ASC sont mobilisés dans 9 districts sanitaires.

Grâce à ce réseau d'ASC dans les 51 districts sanitaires, environ 1 027 000 enfants de moins de cinq ans vivant dans des zones défavorisées et éloignées ont eu accès à des services intégrés de prise en charge des principales maladies de l'enfant. A la suite de la phase pilote, le projet a été étendue aux autres districts sanitaires.

L'expérience relative aux services intégrés de prise en charge des principales maladies de l'enfant montre comment les ASC, organisés en réseau selon le paquet d'activités qui leur est confié, peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé

#### **4.2.5 - Au niveau de la vaccination et recherche de perdus de vue**

❖ **Eradication de la poliomyélite**

**Encadré 4 : Eradication de la poliomyélite**

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

Cette surveillance s'est faite par les ASC au niveau communautaire. Ces ASC, une fois formés sur la définition communautaire des cas de paralysies flasques aiguës, ont notifié et rapporté les cas à l'infirmier. Les praticiens de la Médecine Traditionnelle ont été sensibilisés à l'identification de tout cas de paralysie et à les rapporter à l'infirmier. L'implication de ces acteurs communautaires a permis d'accroître le nombre de cas de PFA notifiés

qui est passé de 11 cas en 1997 à 4 578 cas cumulés en 2014. Parmi ces cas de PFA notifiés, 114 cas de poliovirus sauvage ont été confirmés.

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

❖ *Recherche des enfants Perdus de Vue, incomplètement vaccinés, non vaccinés et des femmes enceintes, aux côtés du Programme Elargie de Vaccination (PEV)*

**ENCADRE 5 : 1<sup>er</sup> passage 2019 de la recherche des enfants perdus de vue, incomplètement vacciné, non vacciné et des femmes enceintes (PEV/FENOS-CI)**

La Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOS-CI) est engagée auprès du Programme Elargie de Vaccination pour la sensibilisation de la communauté en vue de la fréquentation des services de vaccination et pour la recherche des enfants perdus de vue, incomplètement vacciné et non vacciné ainsi que les femmes enceintes dans 32 districts sanitaires avec l'appui financier de GAVI.

Pour la mise en œuvre de ces interventions, la FENOS-CI identifie des ONG légalement constituées et reconnues dans les districts cible du projet RSS2. Ces ONG sont membres de la FENOS-CI et mènent des activités de santé auprès des district sanitaire concernés.

Dans le cadre de la recherche des enfants perdus de vue, incomplètement vacciné, non vacciné et des femmes enceintes, les ONG désignent deux (02) coordonnateurs en leur sein, cinq (05) superviseurs et trente (30) ASC au total soit deux (02) ASC pour cinq (05) aires de santé dans trois (03) localités du district sanitaire.

Avant le démarrage des activités, le Coordonnateur du Programme Elargie de Vaccination (CPEV) donne le nombre d'enfant à rattraper avec l'aide de l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) du district qui définit les localités et les aires de santé concernée par cette recherche.

En 2019, pour les 32 districts sanitaire cible du RSS2, ce sont au total 960 ASC qui ont été associé dans l'activité de recherche en visitant les ménages pendant cinq (05) jours par la stratégie des Visites A Domicile (VAD) afin de vérifier les carnets de vaccination des enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. Ensuite, les 160 superviseurs collectent les données, les valident avec les IDE des aires de santé avant transmission aux coordonnateurs de l'ONG pour compilation et diffusion auprès des Directeurs Départementaux de la Santé.

Au niveau des résultats, ce sont :

- 10 095 enfants perdus de vue déclarés ;
- 10 182 enfants perdus de vue retrouvés référés ;
- 1 924 enfants zéro dose retrouvé et référé ;
- 10 517 enfants retrouvés et vacciné

Les expériences relatives à l'éradication de la poliomyélite et la recherche des enfants Perdus de Vue, incomplètement vaccinés et non vaccinés montrent comment l'implication et la participation de la communauté, à travers les ASC, praticiens de la médecine traditionnelle, les volontaires communautaires, et acteurs communautaires des ONG, ont permis d'une part, d'aboutir à l'interruption de la transmission de la poliomyélite et à la certification de son éradication, et d'autre part à rechercher, retrouver et vacciner les enfants perdus de vue

❖ Distribution á base communautaire des produits contraceptifs  
(MSHP\_PNSME/UNFPA)

La prévalence contraceptive a augmenté de seulement 5 points en 7 ans, passant de 9% en 2005 à 14% en 2012 avec des besoins non satisfaits de 27%. Or, il a été démontré que l'accès universel aux services de planification familiale permet de réduire les décès maternels d'un tiers<sup>7</sup>.

Pour répondre aux besoins non satisfaits et susciter la demande en planification familiale, le Bureau UNFPA de la Côte d'Ivoire, en appui au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, a initié en 2011, la Stratégie de Distribution à Base Communautaire.

Cette stratégie consiste en une délégation de tâches aux Agents de santé communautaire pour le recrutement et la référence des nouvelles clientes, le réapprovisionnement en contraceptifs oraux, la sensibilisation sur les questions de santé de la reproduction et planification familiale, ainsi que la distribution de préservatifs.

La phase pilote a débuté en 2012 dans le district de Toumodi. A ce jour XXX Agents de santé pour la distribution à base communautaire communément appelés ADBC, ont été formés

❖ Ecoles des Maris

La stratégie est basée sur l'implication des hommes dans la santé de la reproduction en vue d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et de planification familiale. Les villages concernés choisissent 8 à 10 maris dits modèles qui mèneront auprès de leurs pairs hommes des sensibilisations sur la nécessité des CPN, CPoN, PF, accouchements médicalement assistés, la scolarisation de la fille et les VBG. A ce jour il existe 611 écoles de Maris. Le plus grand challenge étant de maintenir leur fonctionnalité puisqu'elle repose totalement sur le bénévolat

❖ Dialogue communautaire

C'est une stratégie complémentaire de l'école des Maris. Elle se déroule en plusieurs phases de plaidoyer auprès des membres du village, autodiagnostic au vu des challenge en matière de santé de la reproduction et formation d'un groupe de 12 personnes (femmes, hommes, jeunes et moins jeunes) représentant le village et désignés par la communauté villageoise. Ce groupe nommé cellule locale de communication, élaborera, à la lumière de l'autodiagnostic et de la formation, un plan d'action propre au village pour solutionner les problèmes qu'ils auront identifiés.

---

<sup>7</sup> DBC : Family planning; Contraception and Health, July 2012

Les expériences de Distribution à base communautaire des produits contraceptifs, Ecoles des Maris et Dialogue communautaire montrent la pertinence de l'implication et de la participation de la communauté (à travers les ASC, maris modèles et cellules locales de communication) dans l'amélioration des indicateurs de santé maternelle

### 7.2.3 - Expériences de participation multisectorielle

#### **Encadré 6 : Approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)**

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

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

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

L'expérience fructueuse de l'approche ATPC qui a permis d'obtenir la fin de la défécation à l'air libre dans 2 400 villages a été utilisée pour la promotion des pratiques familiales essentielles dans lesdits villages. Les partenaires de mise en œuvre du programme, ont été formés sur les différentes thématiques afin de briefer à leur tour les membres des Comités Villageois de Suivi (CVS) à l'aide de guides d'orientation élaborés à cet effet. Les membres des CVS briefés, ont la charge d'amener les communautés à prendre conscience de la nécessité d'adopter ces pratiques, au cours des réunions communautaires et des visites à domicile. L'approche utilisée est différente de la sensibilisation et permet d'amener les communautés cibles à prendre conscience des problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant, d'identifier elles-mêmes les solutions par une décision communautaire. Dans le cadre du passage à l'échelle, en 2010, l'ATPC a été mise en œuvre dans 14 départements. Après des résultats satisfaisants (environ 400 villages FDAL), le gouvernement de Côte d'Ivoire, à travers le Ministère en charge de l'Assainissement, avec l'appui de l'UNICEF a pris l'option de faire de l'ATPC la priorité de l'assainissement en milieu rural.

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

#### **Au niveau des Résultats, il a été observé que**

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

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

## 7.2.4 - Expériences de cogestion communautaire des problèmes de santé

Les Etablissements de Santé à base Communautaire (ESCom) restent le modèle le plus accompli de la cogestion communautaire des services de santé de base en Côte d'Ivoire.

Démarrée en 1992 dans le cadre du projet "Santé Abidjan" (PSA), initié par le ministère en charge de la Santé publique, avec l'appui de la Coopération française, la mise en place des ESCom a été effective en 1994 avec l'ouverture de la première formation sanitaire à Yopougon Sagbé. Ces établissements de santé de premier contact, conçus pour prendre en charge une population définie en tenant compte de ses spécificités et des ressources localement disponibles, assument par convention, en plus des missions curatives, des responsabilités de santé publique à l'échelle communautaire.

Les ESCom sont des établissements sanitaires à but non lucratif à travers lesquels les populations sont incitées à participer à leurs soins de santé dans un système de gestion autonome tant pour le recouvrement que pour la gestion des fonds recueillis.

Le succès de cette approche innovante, avait alors encouragé le Gouvernement ivoirien à inscrire cette formule dans sa panoplie de réponses face à la réduction des ressources disponibles de l'Etat destinées aux soins. Ce qui rendait de plus en plus difficile la satisfaction d'une demande croissante en soins de santé des populations.

La finalité de cette politique était de soutenir l'émergence de services de santé de niveau primaire, capables d'offrir en continue des prestations accessibles, de qualité et à moindre coût pour l'utilisateur et qui soient pérennes sur le plan des soins, de la gestion et du financement. Cela contribuait ainsi au renforcement de la participation des communautés à la prise en charge de leur propre santé.

A ce jour, une quarantaine d'ESCom fonctionnent sur toute l'étendue du territoire national, dont la majorité (plus d'une trentaine) pour la seule ville d'Abidjan

<p>Cette expérience de services de santé de niveau primaire gérés par la communauté à travers les comités de gestion (COGES) répond à la demande croissante des populations pour des soins de santé de qualité et à moindre coût</p>
--

## VIII. - FACTEURS FAVORABLES À L'ATTEINTE DE BONS RÉSULTATS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

De ces différentes expériences en santé communautaire en Afrique, il ressort les facteurs favorables à l'atteinte de bons résultats suivants :

### *8.1 – Engagement politique fort*

Si l'on se réfère à la loi fondamentale de la République (Constitution) en son article 9, toute personne vivant sur le territoire ivoirien a droit à un accès aux services de santé. Dans cette perspective, la Côte d'Ivoire a adhéré à plusieurs conventions et initiatives internationales en vue de promouvoir la participation communautaire et soutenir durablement la mise en œuvre de l'action sanitaire.

L'adhésion à ces conventions et initiatives internationales doit véritablement se traduire en acte fort par la prise de différents textes réglementaires encadrant la participation communautaire à la planification, à la mise en œuvre, au financement et à l'évaluation des interventions de santé.

### *8.2 – Association de plusieurs compétences (Relais communautaires et Agents qualifiés)*

Le point de départ de l'action communautaire est généralement une problématique concernant des personnes, des groupes ou des communautés, exprimée par des professionnels, et quelques fois exprimée par des habitants concernés. L'action communautaire exige l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction depuis le diagnostic jusqu'à l'évaluation, en passant par le choix des priorités d'action, la définition des objectifs, le choix des stratégies d'intervention et des activités, le choix des indicateurs, l'élaboration du budget, la réalisation des activités, l'élaboration du rapport d'activités et la diffusion des résultats de l'action.

La participation de tous apparaît comme la plus porteuse d'effets : c'est la clef de voute d'une action communautaire. Elle revêt différentes formes (l'information, la consultation, la participation et l'autonomisation) et requiert un contexte qui favorise le partage des pouvoirs et des savoirs, où la spécificité de chaque acteur individuel et/ou organisationnel est reconnue.

Le défi de l'action communautaire est la prise de conscience par chacun des acteurs qu'il est co-responsable de l'équilibre du dispositif mis en place et qu'une défaillance de l'un d'eux mettrait l'ensemble du dispositif en échec.

### *8.3 – Encadrement technique*

Plusieurs structures de participation communautaire sont fortement engluées dans des conflits qui paralysent leur dynamique d'existence et de fonctionnement, notamment la stimulation de la participation et de la représentativité de la communauté.

Ces conflits sont très souvent liés au fait que les dirigeants de structures de gestion de la participation communautaire ne sont pas formés à l'approche institutionnelle (notamment la connaissance des missions et rôles attendus, des droits et devoirs, des textes de référence, des techniques de prévention et gestion des conflits, etc.) et aux notions de soins de santé primaires (notamment la connaissance des services de santé de premier niveau et du PMA) pour garantir la bonne gouvernance de leur structure. Ainsi il faut renforcer leur encadrement technique à travers :

- Formation initiale et suivi post-formation
- Formation en cours d'emploi et supervisions régulières
- Monitoring
- Description de poste et délégation de tâches
- Motivations financières et non financières

#### *8.4 – Organisation locale des acteurs*

On identifie trois types d'acteurs généralement impliqués dans l'action communautaire de santé localement, représentant les trois pôles du processus participatif. Il s'agit :

- Des habitants/citoyens membres de la communauté, soit à titre personnel ou en tant que relais naturels ou porte-parole de groupes ou d'associations,
- Des professionnels de tous les secteurs (secteur de la santé et autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, le logement, l'environnement, etc.)
- Des acteurs institutionnels (décideurs, élus locaux, partenaires techniques et financiers, etc.).

Ces différents acteurs interviennent en synergie dans la communauté la plupart du temps dans des dispositifs formalisés (Plan stratégique National de Santé Communautaire, Plan National Multisectoriel de Nutrition, Plan National de Sécurité Sanitaire, etc.). L'implication de tous les acteurs telle que souhaitée dans ces dispositifs doit être une démarche systématique et inclusive. Il faut exploiter les lieux et moments où ces acteurs peuvent intégrer l'action et également mieux articuler et valoriser, de manière identique, les savoirs profanes et les savoirs experts.

Il faut donc encourager :

- les partenariats (entre les comités de santé, les groupements de femmes, les leaders locaux, les familles modèles, etc.)
- la multisectorialité (à travers la collaboration entre acteurs locaux de développement issus de secteurs différents : santé, agriculture, éducation, infrastructures, affaires sociales, etc.)

#### *8.5 – Renforcement de la communication (adoption des technologies de l'information et de la communication)*

Il faut encourager la mise en place de système d'information et de communication partagé et permanent et qui soit d'usage souple (permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources).

#### *8.6 – Intégration des services et soins*

- soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs
- hygiène et assainissement

#### *8.7 – Disponibilité des intrants et du matériel (logistique)*

## *8.8 – Ciblage des territoires d'intervention sur la base des critères de vulnérabilité*

## *8.9 – Identification des problèmes prioritaires de santé communautaire*

# **IX. - BRÈVE ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DE LA MISE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE**

La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays africains, mise sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de ses objectifs en matière de santé. Pour ce faire, elle a adopté ses propres stratégies. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les Etats membres de l'OMS ont adhéré en Avril 2008. Cette Déclaration réaffirme la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être, et reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement. Quelques constats relevés lors des échanges avec les parties prenantes à la santé communautaire sont résumés dans la présente analyse ci-dessous.

## *9.1 - Compréhension de la santé communautaire*

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé par la réflexion sur les besoins et les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités<sup>8</sup>. La participation communautaire est définie comme « un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté » (UNICEF/OMS, 1978).

Cette compréhension de la santé communautaire bien que partagée par l'ensemble des acteurs et partenaires laisse transparaître quelques insuffisances/doutes chez certaines parties prenantes. En effet certains acteurs et partenaires apprécient l'implication de la communauté à travers la seule présence et les activités menées par l'ASC au détriment des autres membres de la communauté.

---

<sup>8</sup> Manciaux, M et Deschamps J-P, la santé de la mère et de l'enfant, Flammarion médecine science 1978 p31

### **9.1.1 - Agent de Santé Communautaire isolé ou intégré au sein d'un Groupe d'Action Communautaire : quel choix à opérer ?**

Le choix de l'ASC comme relais communautaire et principal collaborateur de l'agent de santé, conduit bien souvent à l'adoption par celui-ci (ASC) des attitudes qui l'emmènent parfois à s'éloigner ou s'isoler de la communauté qui l'a choisi pour s'identifier à celui dont il est devenu le principal collaborateur.

A la différence de cette approche, le fait de placer l'ASC au sein d'une équipe ou un *Groupe d'Action Communautaire* (GAC) met l'ASC au centre d'un véritable dispositif de renforcement des capacités des ménages dans la mesure où il travaille avec l'équipe pour atteindre les objectifs prévus. En outre, l'équipe offre des alternatives ou possibilités d'interventions plus larges (avec un impact plus grand), contrairement au seul ASC (beaucoup plus limité dans ses interventions).

Il est vrai que le coût de la motivation financière des ASC serait moins élevé que celui du GAC, mais d'autres stratégies de motivation adaptées à cette option pourraient être recherchées et utilisées (AGR collective par exemple).

L'approche FRANC développée dans le projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE) est un exemple intéressant de groupe d'intervention communautaire composé de 12 à 15 personnes volontaires et bénévoles parmi lesquels on trouve bien souvent des ASC.

### **9.1.2 - Diagnostic communautaire et Plan d'Action Communautaire: point de départ de toute intervention communautaire**

La participation communautaire implique que la communauté détermine elle-même ses besoins et ses priorités à travers le diagnostic communautaire et développe son plan d'action communautaire (PAC) qu'elle mettra en œuvre pour résoudre les problèmes identifiés. Or il se trouve que ces activités (diagnostic communautaire et plan d'action communautaire) ne figurent pas dans le paquet d'activités dévolues aux ASC. L'intégration du diagnostic communautaire et du PAC dans les attributions de l'ASC ou du GAC poserait les bases de la participation et de l'engagement communautaire

En vue de pallier cette insuffisance, le PSN-SC 2017-2021 a été orienté à travers l'Axe stratégique 2 : Renforcement de la participation et l'engagement des communautés et des collectivités locales 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 (entre autres) 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.

### **9.1.3 - Finalité des interventions de l'ASC et capacitation des ménages**

La tendance à la « médicalisation » des concepts et approches en matière de santé conduit la population et même certains acteurs et partenaires du système de santé à considérer les ASC beaucoup plus comme des collaborateurs des agents de santé

intervenant auprès des communautés que des acteurs communautaires servant de relais en leur sein. Ainsi l'ASC a plus tendance à intervenir ou à venir apporter des solutions aux problèmes des ménages, plutôt que de renforcer les capacités des ménages de manière à les rendre autonomes et à leur permettre de prendre en charge leurs propres problèmes de santé. Le rôle de l'ASC n'est donc pas encore suffisamment bien compris ni par l'ASC lui-même, ni par certains acteurs et partenaires du système de santé.

En effet, selon la déclaration d'Alma Ata, « il faut que les soins de santé primaires mettent pleinement à profit toutes les ressources disponibles et, par conséquent, qu'ils mobilisent le potentiel humain de la communauté toute entière. Cela est possible à la condition que les individus et les familles acceptent d'assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur santé. Leur intérêt actif et leur participation à la résolution de leurs propres problèmes de santé ne constituent pas seulement une claire manifestation de leur conscience sociale et de leur auto-responsabilité, mais sont aussi un facteur important du succès des soins de santé primaires. Par leur engagement, les individus deviennent des membres à part entière de l'équipe de santé, dont l'action solidaire est essentielle pour tirer le maximum de ce qu'offrent les soins de santé primaires »<sup>9</sup>

#### **9.1.4 - Mutualisation des efforts des Programmes nationaux et Pérennisation des interventions communautaires**

La réduction des financements alloués au PNEVG/EA dans le cadre de l'éradication en 2013 du ver de Guinée a occasionné une baisse drastique du volume des activités du PNEVG.

Cette situation a conduit le PNEVG à prendre attache avec les autres programmes pour fédérer ou mutualiser leurs ressources et réaliser à travers les interventions spécifiques de ces programmes, la poursuite de ses activités de sensibilisation et de promotion de la santé lui permettant d'assurer à la fois la surveillance communautaire de l'éradication du ver de Guinée et les interventions en matière d'eau et d'assainissement.

## **9.2 - Cadre institutionnel de la santé communautaire**

L'analyse faite sur le cadre institutionnel fait apparaître qu'il existe un Comité National de l'Action Sanitaire créé par le Décret N°96-316 du 24 avril 1996. Dans le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) 2017-2021, il n'a pas été fait mention de ce comité. C'est plutôt le **Comité National de Coordination de la Santé Communautaire** placé sous l'égide de la Primature qui y figure à titre d'organe institutionnel suprême. Parallèlement, la revue à mi-parcours du PSNSC mentionne l'existence d'un projet d'arrêté ministériel (portant organisation, composition et fonctionnement) du Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) qui est en attente de signature par l'autorité compétente. Dans l'attente, ce Cadre Permanent de Concertation a commencé à fonctionner depuis

---

<sup>9</sup> OMS, Alma Ata 1978, Les soins de Santé Primaires (paragraphe 77, page 68)

octobre 2019 à travers la mise en place et la tenue de rencontres des sous- groupes thématiques (6 réunions tenues assorties de PV).

Quel lien y a-t-il entre le Comité National de l'Action Sanitaire, le Comité National de Coordination de la Santé Communautaire et le Cadre de Concertation Permanent? Pour éviter la confusion entre ces organes, une clarification sur leur hiérarchisation et leur rôle est nécessaire.

En outre, 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.

Les textes règlementaires encadrant le financement des interventions de santé communautaire ne sont pas connus de l'ensemble des acteurs et partenaires, notamment les principales directives qu'ils contiennent. Pourtant, 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-t-elle des appuis financiers des partenaires (Save the Children, UNICEF, PMI, GAVI, Fonds mondial, USAID, UNFPA, Initiative 5%, etc.).

En plus, la revue à mi-parcours du PSN-SC 2017-2021 a noté des expériences mises en œuvre par Alliance CI en collaboration avec le Programme National de lutte contre la tuberculose (PNLT) et par Save The Children en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dans lesquelles les agents communautaires bénéficient d'un modèle de motivation basée sur la performance.

L'analyse faite sur le cadre institutionnel note également que la plupart des acteurs et partenaires ont une connaissance du Plan Stratégique National et/ou des plans opérationnels Santé Communautaire et interviennent dans la mise en œuvre de ces plans.

Concernant le lien entre le PNDS et le Plan Stratégique National de Santé Communautaire, l'alignement du second sur le premier n'est pas affirmé dans le plan stratégique et aucune référence au PNDS n'y est faite, alors que l'axe 6 du PNDS relatif à la Prévention et Promotion de la santé et de l'hygiène publique se rapporte à la santé communautaire à travers l'effet intermédiaire 6.4 (Promotion de la santé renforcée dans tous les secteurs) et ses 3 extrants (*Extrant 1 : utilisation des services de santé accrue ; Extrant 2 : adoption des comportements et des modes de vie favorables renforcée au niveau de la population ; et Extrant 3 : implication communautaire dans les activités de santé renforcée et effective*)

### **9.3 - Dynamique des acteurs et prestataires de la santé communautaire**

La DSC a mis en place un cadre de concertation multisectorielle trimestrielle auquel participent les collectivités. Cependant les autres cadres de concertation multisectorielle existants prennent insuffisamment en compte les questions de santé communautaire.

La DSC ne dispose pas de cadre formel de coordination et de capacitation avec les districts et régions sanitaires, les programmes nationaux, les autres secteurs publics, les ONG, les COGES, le secteur privé. Elle n'a pas de cadre de partenariat avec les collectivités, et ne dispose pas de cadre d'harmonisation et de documentation des expériences de chaque programme national de santé.

Concernant le suivi et l'évaluation des interventions de santé communautaire, 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 le District Health Information Software (DHIS2) au niveau du district sanitaire. Les ASC produisent des rapports mensuels d'activités qui sont repris dans les rapports communautaires des centres de santé. Cependant, l'on note l'absence d'un plan national de suivi-évaluation des interventions communautaires.

#### *9.4 - Collaboration avec les partenaires au développement*

La Côte d'Ivoire entretient de bonnes relations avec ses partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux.

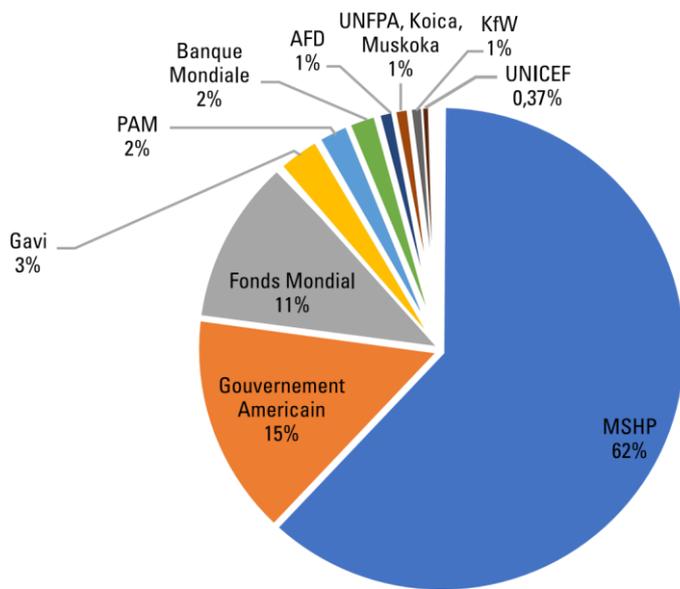
Cela se traduit entre autres, par leur contribution à certaines interventions prioritaires définies dans le **dossier d'investissement**<sup>10</sup>, à savoir : i) l'élargissement et l'amélioration des services de soins de santé primaires, ii) l'amélioration de la santé communautaire en mettant l'accent principalement sur la nutrition, et iii) le renforcement de la capacité des services publics à fournir des médicaments aux programmes « verticaux »

De même, une cartographie des ressources (ci-dessous) a été réalisée en collectant des données financières provenant des autorités nationales et des partenaires au développement. Cette cartographie des ressources ne tient pas compte des contributions (financières ou en nature) du secteur privé ivoirien et des ménages. Elle montre cependant le poids de la contribution des partenaires dans le secteur de la santé au cours des cinq dernières années. Ce qui est un indicateur de la bonne collaboration entre le gouvernement et les partenaires au développement.

---

<sup>10</sup> **Le dossier d'investissement** définit un ensemble d'interventions prioritaires à fort impact nécessaires pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). **Les Priorités du dossier d'investissement** sont : i) Mobiliser les communautés ; ii) Accroître/déployer de manière efficiente les ressources humaines du secteur de la santé ; iii) Mobiliser le secteur privé ; iv) Garantir la qualité des soins de santé primaire ; v) Garantir des médicaments de qualité à un coût abordable ; vi) Améliorer la qualité des données pour la prise de décision ; vii) Augmenter/utiliser les ressources pour la santé de manière efficiente

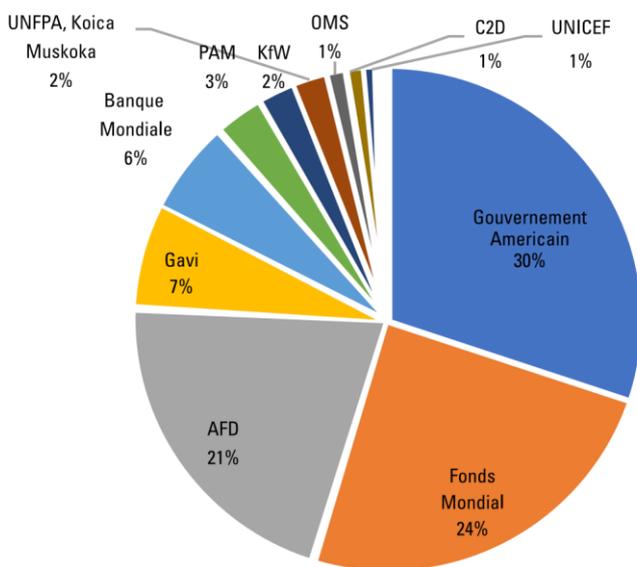
**Figure 1: Fonds investi dans la santé par source de financement de 2016 à 2018**



**Tableau 3 : les dix premiers investisseurs dans le secteur de la santé entre 2016-2018**

	Total 2016-2018	%
MSHP	801 255 887 136	62,05%
Gouvernement Américain	194 590 861 807	15,07%
Fonds Mondial	146 641 167 141	11,36%
Gavi	40 609 131 691	3,14%
PAM	28 523 357 388	2,21%
Banque mondiale	25 992 303 787	2,01%
AFD	14 363 108 305	1,11%
UNFPA, Koica, Muskoka	12 749 679 800	0,99%
KfW	11 759 890 243	0,91%
UNICEF	4 740 517 469	0,37%

**Figure 2: Financement annoncé par les partenaires de 2019 à 2020**



**Tableau 4 : Financement annoncé par les partenaires entre 2016-2018 (dix premiers)**

	Total 2019-2020	%
Gouvernement Américain	149 059 363 243	30,22%
Fonds Mondial	120 746 450 198	24,48%
AFD	103 268 293 121	20,94%
Gavi	34 112 555 777	6,92%
Banque mondiale	29 197 089 769	5,92%
PAM	15 455 378 250	3,13%
KfW	12 113 159 914	2,46%
UNFPA, Koica, Muskoka	10 560 000 000	2,14%
OMS	5 858 254 875	1,19%
C2D	5 565 044 838	1,13%

Dans le domaine de la santé communautaire, plusieurs partenaires appuient les initiatives de santé communautaire (OMS, ALLIANCE CI, Breakthrough Action, Save the Children, PROJET SWEED, PMI, GAVI, FM, ICAP, UNICEF, UNFPA, PEPFAR, etc.) ; cependant, on note une insuffisance de rencontres périodiques entre la DSC et l'ensemble des partenaires intervenant dans la santé communautaire. Il existe en outre, plusieurs financements pour la même activité (duplication des financements), et la planification des appuis depuis la base ne se fait pas.

## 9.5 - Financement des interventions et motivation des acteurs

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

### 9.5.1 - D'où viennent les fonds ?

De 2016 à 2018, l'État a été *la principale source de financement du secteur ivoirien de la santé : le budget du ministère de la Santé représentait 62 %*. Le Gouvernement Américain a été le deuxième investisseur (15 %) dans le secteur de la santé et le Fonds mondial se place en troisième position (11 %). Les contributions des autres partenaires du développement représentent moins de 12 % du budget.

*Cependant le gouvernement investit de manière insuffisante dans les soins de santé primaires*. Les soins primaires ambulatoires<sup>11</sup> ne représentent que 19 % des dépenses publiques de santé contre 25 % destinés aux hôpitaux (CNS, 2016). 78 % des soins primaires ont été financés par des sources externes et 22 % par le gouvernement (CNS, 2016)

En outre, on note l'absence d'un mécanisme dédié de mobilisation de ressources pour le financement de la santé communautaire.

Même s'il existe des contributions de la part de l'Etat, des collectivités locales, des communautés elles-mêmes et des partenaires, l'action communautaire continue à bénéficier en grande partie d'apports extérieurs et s'appuie moins sur les ressources existantes sur le territoire. 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, n'a été menée tant au plan local qu'international.

### 9.5.2 - Qui gère les fonds ?

On note l'absence du mécanisme de gestion des ressources mobilisées pour la santé communautaire (prenant en compte la coordination des financements le rapportage et la redevabilité). Ceci ne permet pas de déterminer le niveau de ressources consacrées à la santé communautaire. Cependant, il existe des mécanismes de rapportage financier spécifiques à chaque partenaire et en lien avec son financement.

La communauté participe à la gestion des ressources financières, matérielles et des Médicaments par l'intermédiaire du COGES.

---

<sup>11</sup> Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels proposés universellement aux individus et aux familles de la communauté (Déclaration d'Alma Alta 1978)

### 9.5.3 - Où vont les fonds ?

L'analyse du budget de l'Etat pour la santé sur la période 2016-2018, montre que 25% de ce budget est investi dans les domaines prioritaires du dossier d'investissement. Ainsi, sur cette base de 25% des ressources de l'Etat et 79% des ressources des partenaires au développement, des projections de mobilisation des ressources ont été réalisées. Cependant, même si ces ressources sont disponibles, il s'agit des ressources potentielles et rien ne garantit nécessairement leur allocation aux priorités du dossier d'investissement.

Il faut observer que très peu de ressources financières sont consacrées au développement de la participation communautaire à tous les niveaux. Les recettes provenant de la participation communautaire servent à renouveler le stock des médicaments et à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement. Ces moyens sont toutefois mis en œuvre pour informer régulièrement tous les acteurs afin de maintenir leur implication tout au long de l'action, organiser des échanges d'expériences et de pratiques afin de valoriser et diffuser les activités et évaluer collectivement l'action.

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.

Concernant les efforts faits en matière de financement de la santé, la Côte d'Ivoire a récemment rejoint le Mécanisme de financement mondial (GFF) pour accélérer le rythme de mise en œuvre de ses réformes ambitieuses<sup>12</sup> et mobiliser des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, envisagée comme un point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays. Le GFF est un mécanisme de financement catalytique piloté au niveau national qui aide les gouvernements à réunir une variété de parties prenantes afin de formuler conjointement un dossier d'investissement définissant un ensemble d'interventions prioritaires à fort impact nécessaires pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Le dossier d'investissement accorde la priorité aux *interventions du côté de la demande* qui façonnent la demande en offre complète de services de soins de santé primaires de la part des communautés dans les régions prioritaires et les encouragent à adopter des modes de vie sains. En outre, le dossier d'investissement vise à accélérer le développement de services de santé primaires de qualité fournis par des prestataires publics et privés par le biais d'un ensemble de prestataires de soins de santé primaires *grâce à des interventions du côté de l'offre*.

*Le financement total nécessaire au dossier d'investissement sur quatre ans (2020–23) se chiffre à 1 413 milliards de francs CFA.*

---

<sup>12</sup> Les réformes et initiatives lancées par le Gouvernement ivoirien et ses partenaires au développement, visent à : (i) mobiliser des ressources complémentaires en faveur de la santé et améliorer la gestion financière des fonds publics affectés à la santé ; (ii) élargir la protection contre le risque financier par l'intermédiaire d'un régime d'assurance santé ; (iii) améliorer l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité et équipés de matériels et médicaments essentiels ; (iv) et renforcer la gouvernance du secteur de la santé

Le tableau ci-dessous résume le coût annuel du dossier d'investissement par priorité d'intervention

**Tableau 1 : Coût du Dossier d'Investissement par priorité d'intervention et par an**

Priorités du dossier d'investissement	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Année 2023	Total 2020 - 2023
Mobiliser les communautés	12 803 906 298	5 070 393 189	5 859 414 633	8 011 349 670	31 745 063 790
Accroître/déployer de manière efficiente les ressources humaines du secteur de la santé	28 074 471 110	8 414 520 933	1 386 535 320	113 056 580	37 988 583 943
Mobiliser le secteur privé	2 471 954 335	1 648 368 335	1 621 368 335	392 650 000	6 134 341 005
Garantir la qualité des soins de santé primaire	301 211 751 016	189 851 785 507	189 354 360 507	188 633 620 507	869 051 517 537
Garantir des médicaments de qualité à un coût abordable	130 782 769 819	55 966 630 923	37 592 202 323	36 352 228 468	260 693 831 533
Améliorer la qualité des données pour la prise de décision	52 425 162 937	37 187 474 585	12 858 723 673	13 218 266 516	115 689 627 711
Augmenter/utiliser les ressources pour la santé de manière efficiente	19 642 741 036	14 236 310 762	26 191 124 332	13 218 266 516	92 017 695 612
<b>Total</b>	<b>547 412 756 551</b>	<b>312 375 484 234</b>	<b>274 863 729 123</b>	<b>278 668 691 223</b>	<b>1 413 320 661 131</b>

Le coût moyen annuel du dossier d'investissement est estimé à près de 353,25 milliards de francs CFA sur quatre ans

## X. -FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES/ATOUTS, MENACES/RISQUES

### 10.1. – Forces et Faiblesses

L'analyse préliminaire des forces et faiblesses de l'organisation et de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire a donné les résultats rapportés dans le tableau ci-dessous

**Tableau 2 : Résultats de l'analyse des forces et faiblesses**

Forces	Faiblesses
<b>Gouvernance, leadership au niveau communautaire</b>	
Existence d'une volonté politique à travers <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la prise en compte du volet Santé communautaire dans le PNDS 2016-2020 et</li> <li>○ la création d'une direction dédiée à la santé communautaire ;</li> <li>○ le document de politique nationale de santé communautaire en cours d'élaboration</li> </ul>	Absence de document de politique nationale de santé communautaire ;

Existence de textes réglementaires de la participation communautaire ((loi n°1/009 du 4 juillet 2003 portant modification du décret-loi du 17 juin 1988 ; Décret N°96-316 du 24 avril 1996 portant création et organisation du Comité National de l'Action Sanitaire)	Faible application des textes réglementaires régissant le fonctionnement des Comités d'Action Sanitaire (loi n°1/009 du 4 juillet 2003 portant modification du décret-loi du 17 juin 1988)
Existence de documents cadres nationaux (Plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 ; Cadre de Mise en Œuvre des Interventions à base Communautaire, Manuel des Directives du PMA des ESPC intégrant les activités communautaires, Guide National de Formation des Agents de Santé Communautaire)	Absence de stratégie/plan de communication ;
	Insuffisance de cadre de coordination des activités communautaires au niveau périphérique (district)
Développement de plusieurs interventions et approches de santé communautaire	Faible appropriation des activités de santé communautaire au niveau du district sanitaire
	Faible implication des autorités administratives et des collectivités territoriales, des leaders communautaires dans la mise en œuvre de la santé communautaire
Existence d'un modèle type d'ASC pour le pays ;	Absence de statut des agents de santé communautaires
	Absence de stratégie harmonisée de motivation des acteurs communautaires
Existence de COGES dans tous les ESPC ;	Insuffisance dans la fonctionnalité des COGES
	Faible engagement et autonomisation des communautés
<b>Ressources humaines en santé communautaire</b>	
Disponibilité d'ASC ayant des capacités renforcées	Faible couverture des aires sanitaires en ASC ;
	Insuffisance (quantitative et qualitative) de supervisions des ASC par les agents de santé
Existence du Guide National de Formation des Agents de Santé Communautaire	Faible prise en compte de la prévention et de la promotion de la santé dans les curricula de formation des agents de santé ;
	Faible appropriation du guide national de formation des ASC par les différentes parties prenantes
	Multiplicité de types d'agents communautaires abordant des thématiques

	différentes par rapport au mandat des institutions qui les utilisent.
Existence des relais communautaires dans toutes les aires sanitaires	Insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé communautaire et en promotion de la santé
<b>Prestations de services au niveau communautaire</b>	
Existence du Manuel des Directives du PMA des ESPC intégrant les activités communautaires	Absence de paquet d'activité standard ou de référentiel national des interventions de santé communautaire
Disposition des communautés à accueillir toutes les interventions communautaires	Faible intégration des activités communautaires
Existence de réseaux communautaires tels que la société civile et les ONG œuvrant au sein de la communauté pour offrir des services de santé variés	
<b>Médicaments, intrants et équipements</b>	
	Non-respect du contenu standard du kit de l'ASC par tous les acteurs de la santé communautaire
	Faible approvisionnement des ASC en médicaments et intrants
<b>Financement de la santé communautaire</b>	
	Faible financement du secteur de la santé dans sa globalité par le Gouvernement
	Insuffisance des ressources allouées aux activités communautaires
	Utilisation non efficiente des ressources financières disponibles
	Absence de développement de mécanismes innovants de financements
	Absence d'approche multisectorielle pour la mobilisation des ressources
	Absence de plan de mobilisation des ressources pour le financement des interventions de santé communautaire
<b>Information sanitaire et recherche</b>	
Existence d'un système de suivi et évaluation en cascade assuré par les agents de santé (responsables des ESPC, ECD)	Insuffisance de planification, de coordination et de suivi-évaluation des activités de santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Insuffisance de la recherche en santé communautaire
	Insuffisance de supervision des acteurs dans la mise en œuvre de la santé communautaire
	Faible participation des membres de la communauté dans le processus de

	planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités de santé communautaire
	Insuffisance d'outils harmonisés de gestion des données des interventions au niveau communautaire
	Insuffisance dans la gestion (collecte, traitement, analyse, diffusion et prise de décisions) des données des activités communautaires dans les districts sanitaires
	Insuffisance d'intégration des données de santé du niveau communautaire dans le système national d'information sanitaire (SNIS)
	Insuffisance de digitalisation des outils de gestion des données

## 10.2. Opportunités/Atouts et Menaces/Risques

L'analyse préliminaire des opportunités et menaces de l'organisation et de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire a donné les résultats rapportés dans le tableau ci-après.

**Tableau 3 : Résultats de l'analyse des opportunités et menaces**

Opportunités	Menaces
<b>Partenariat</b>	
Existence de mutuelles de développement des villages	
Opportunités d'apprentissage à travers la capitalisation des expériences d'autres pays	
Initiatives sous-régionales en faveur de la professionnalisation des ASC	
<b>Multisectorialité</b>	
Existence d'un programme de développement communautaire (ministère de la solidarité, de la cohésion sociale et de la lutte contre la pauvreté)	
<b>Qualité des services/motivation des prestataires</b>	
	Substitution des prestataires de soins par les agents de santé communautaires
	Interférence politique, religieuse et administrative dans le choix des ASC, des membres de COGES, etc.
<b>Financement de la santé communautaire</b>	

Réformes du système de santé en cours telles que le PBF et la CMU	Faible financement du secteur de la santé dans sa globalité
<b>Médicaments, intrants et équipements</b>	
	Développement de réseaux parallèles de vente illicite de médicaments
<b>Appui technique et financier</b>	
Disponibilité des partenaires techniques et financiers (PTF) à soutenir l'approche communautaire	Dépendance des appuis extérieurs pour la mise en œuvre des activités communautaires

## XI. – DEFIS DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

Le PSNSC 2017-2021 est mis en œuvre dans un contexte sanitaire où 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<sup>13</sup>

Le PSNSC 2017-2021 pourrait jouer un rôle essentiel pour améliorer l'accessibilité de la partie de la population au-delà des 5 km et augmenter le taux d'utilisation pour la population à proximité des Centres de Santé. L'insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté pourrait favoriser l'apparition d'état morbide.

Selon le rapport final de l'évaluation externe du PNDS 2016-2020 (p 77- 78), la stratégie de santé communautaire en Côte d'Ivoire est en lien avec les besoins des populations d'une part en rapprochant les soins de santé de la population mais aussi l'approche participative à la prise de décision un des principes de la santé communautaire. Cependant la santé communautaire en Côte d'Ivoire est confrontée à plusieurs défis :

- i. *Equité dans l'accès aux interventions de santé communautaire* : Elle induit d'une part l'accès équitable à tous quels que soient le lieu, l'ethnie, le genre ou l'âge et d'autre part que les personnes dotées de caractéristiques différentes soient traitées différemment en vue de la prise en compte de leurs besoins spécifiques pour l'atteinte des résultats pour la santé<sup>14</sup>
- ii. *Intégration effective de la santé communautaire dans le système de santé publique* : Force est de constater qu'il n'y a pas eu de réforme du niveau institutionnel qui formalise les interventions des agents de santé communautaire
- iii. *Harmonisation des paquets de services et de formation des acteurs de la santé communautaire* : Les paquets d'intervention des ASC varient selon le partenaire technique et financier intervenant selon son mandat et ses prérogatives
- iv. *Motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire* : La motivation financière ou non financière des acteurs communautaires de santé demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la fidélisation des ressources humaines.

<sup>13</sup> RASS 2018

<sup>14</sup>Rapport étude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé, obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans

- v. *Synergie des interventions communautaires des services sociaux de base au niveau local* : Les interventions communautaires ne sont pas suffisamment prises en compte dans les plans et cadres d'action des services sociaux de base (éducation, protection, santé, eau, hygiène et assainissement).
- vi. *Approvisionnement des ASC en médicaments et produits essentiels* : Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et l'adoption d'un cadre réglementaire s'avèrent nécessaire pour formaliser la dispensation des médicaments et produits essentiels par les ASC en vue d'assurer la pérennisation des efforts.
- vii. *Renforcement du management au niveau de la santé communautaire* : L'analyse situationnelle de la santé communautaire révèle la persistance de « problèmes organisationnels et managériaux
- viii. *Implication des collectivités locales* : il convient de renforcer et d'accompagner les collectivités locales pour qu'elles jouent leur rôle dans la coordination, le financement et le suivi de la santé communautaire.
- ix. *Mobilisation, participation et engagement communautaire* : Elle met l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins.
- x. *Renforcement de l'approche multisectorielle/Développement de partenariat multisectoriel* : il s'agit de la nécessité d'impliquer tous les secteurs d'activité pour une meilleure réponse communautaire au bien être des populations.

## XII. – SUGGESTIONS / RECOMMANDATIONS

Les difficultés relevées dans l'organisation et la mise en œuvre des interventions communautaires nous amènent à faire les recommandations suivantes, en plus de celles faites dans le cadre de la revue du plan stratégique 2017-2021 de la santé communautaire :

### 12.1 - A la Direction Générale de la Santé

- Renforcer la gouvernance en clarifiant la hiérarchisation et le rôle des organes de coordination du niveau central ci-après : le **Comité National de l'Action Sanitaire, le Comité National de Coordination de la Santé Communautaire et le Cadre de Concertation Permanent**

### 12.2 - A la Direction en charge de la santé communautaire

- Intégrer l'ASC au sein d'une équipe ou un GAC pour un plus grand impact de son action de renforcement des capacités des ménages/communautés
- Développer des stratégies de motivations conformes aux GAC telles que les AGR collectives

- Intégrer la réalisation du diagnostic communautaire et du plan d'action communautaire dans le paquet d'activités dévolues aux ASC afin de poser les bases de la participation et de l'engagement communautaire
- Renforcer les capacités de l'ASC/GAC de manière à lui permettre de capaciter les ménages afin de les rendre autonomes et leur permettre de prendre en charge leurs propres problèmes de santé
- Renforcer les capacités des ONG /OBC pour soutenir l'action des professionnels de la santé dans le transfert de compétences aux communautés
- Renforcer les capacités des acteurs de la santé communautaire en promotion de la santé et en développement communautaire
- Documenter et partager l'expérience du PNEVG/EA relative à la mutualisation de ses ressources avec celles des autres programmes de santé en vue de pérenniser leurs activités de sensibilisation et de promotion de la santé
- Faire aligner le prochain Plan stratégique de Santé communautaire sur la Politique en cours d'élaboration qui doit être alignée à son tour sur le PNDS
- Intégrer la participation des spécialistes (sociologues, psychologues, etc.) des autres secteurs dans le cadre de la multisectorialité de la santé communautaire (groupe scientifique d'appui, service de recherche, ...)
- Mettre en place des cadres de réflexion sur le développement des mécanismes innovants de financement des interventions de santé communautaire
- Développer des cadres de partenariats multisectoriel pour le financement des interventions de santé communautaire et assurer une meilleure participation communautaire

### XIII. - ORIENTATIONS POUR L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

#### *13.1 - Alignement de la politique de santé communautaire sur le PNDS*

La politique de santé communautaire sera alignée sur le PNDS 2021-2025 dont la vision est la suivante : "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."

La vision du PNDS adhère à celle portée par la Déclaration d'Astana, relative notamment à «*la responsabilité des gouvernements et des sociétés civiles à fixer des priorités, promouvoir et protéger la santé et le bien-être de leurs populations ; des soins de santé primaires et des services de santé de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ; des partenaires et des parties prenantes unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux.*» ;

La vision du PNDS est conforme aux engagements réitérés par l'Etat de Côte d'Ivoire lors du Forum Régional sur la santé Communautaire dans le cadre des SSP, tenu du 12 au 15 novembre 2019 à Cotonou au Bénin.

Ce forum a permis en outre, à la Côte d'Ivoire, de réitérer les engagements pris de manière collective (avec les autres pays participants) pour la réalisation des droits fondamentaux et l'amélioration de la santé et du bien-être des populations, notamment en lien entre autres avec la *Déclaration d'Alma Ata (1978)*, la *Déclaration d'Hararé (1987)*, l'*initiative de Bamako (1987)*, l'*engagement d'Abuja sur le financement de la santé (2001)*, la *déclaration de Ouagadougou (2008)*, l'*Agenda 2063 de l'Union Africaine*, la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et l'adolescent du Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies (2016-2030)*, le *Plan d'Action de Maputo 2016-2030*, la *Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination (2017)*, le *programme de Développement Durable à l'horizon 2030*, la *résolution sur les agents de santé communautaire adoptée à l'Assemblée Générale des Nations Unies en mai 2019* et la *déclaration politique sur la Couverture Santé Universelle en septembre 2019* ;

### **13.1.1 - La vision**

**La vision de la politique de santé communautaire** qui est en harmonie avec celle du PNDS 2021-2025, se présente comme suit :

**« 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 ».**

### **13.1.2 - Les Valeurs**

Cette vision est soutenue par les valeurs suivantes :

- **Equité** : La communauté s'assure que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient de toutes actions de développement sanitaires qui les concernent.
- **Justice sociale** : Ce sont les systèmes de redistribution mis en place entre deux principes ; le principe d'égalité des droits qui garantit le même traitement pour tous et le principe d'équité des situations qui cherchent à tenir compte de la situation personnelle des individus. En effet, les parties prenantes de la santé

communautaire s'assurent que les droits de tous les membres de la communauté sont respectés en tenant compte des spécificités de chaque individu.

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

### 13.1.3 - Principes

La vision est guidée par les principes suivants :

- **Un leadership** local fort
- **Une meilleure gouvernance** locale du secteur sanitaire
- **Des prestations de santé de qualité optimale**, intégrées, continues et rationnelles centrées sur la personne,
- **Le respect des engagements** internationaux,
- **Le genre** :. Une santé communautaire inclusive pour prendre en compte les questions spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé
- **La participation communautaire** : Une communauté qui prend une part active au diagnostic, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi-évaluation et à la pérennisation des interventions menées pour le bien-être de ses membres en s'appuyant sur ses propres ressources.
- **L'appropriation** : Convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté prend conscience de ses problèmes de santé, de sa responsabilité et de son rôle pour l'assumer, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions pérennes en matière de promotion, de prévention et de soins curatifs.
- **La décentralisation** : La santé communautaire donne aux communautés le pouvoir et la capacité de prendre des décisions afin de se prendre en charge et d'être responsables de leur propre développement en matière de santé.

## 13.2 - Orientations stratégiques

La synthèse de l'analyse de la situation met en évidence les orientations stratégiques suivantes autour desquelles sera articulée la Politique de Santé Communautaire. Ce sont :

- le renforcement du leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique,
- le renforcement de la participation communautaire
- le renforcement des capacités des acteurs de santé communautaire,
- le multi partenariat en faveur de la santé communautaire,
- la mise à contribution de sources de financement pérennes et innovantes,
- l'approvisionnement permanent et continu du niveau communautaire en ressources matérielles, médicaments et non médicaments
- le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire,
- la recherche opérationnelle.

De ces orientations stratégiques seront tirées les axes stratégiques qui constitueront l'ossature de la Politique de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire.

## XIV. - CONCLUSION

Le présent rapport de l'Analyse de la Situation de la santé communautaire a pour objectif de contribuer à l'élaboration de la politique nationale de santé communautaire en vue de renforcer la participation communautaire

Il a ainsi permis de (i) faire une série de rappels nécessaires à la compréhension de la santé communautaire et à la connaissance des interventions à base communautaire et des missions attribuées aux principaux acteurs communautaires ; (ii) partager les expériences réussies et bonnes pratiques de santé communautaire (en Côte d'Ivoire et en Afrique) ; (iii) noter, de manière spécifique un certain nombre d'insuffisances dont a) la faible compréhension de l'action communautaire chez certains acteurs et partenaires (notamment par rapport au rôle de l'ASC) ; b) la faible gouvernance de la santé communautaire ; c) les faibles capacités des acteurs communautaires (ASC/ONG) ; d) la faible coordination des acteurs et des interventions ; e) la faiblesse du suivi évaluation ; f) l'insuffisance des ressources financières et la faible motivation des acteurs communautaires.

Il a en outre fait des recommandations visant à :

- i) renforcer la gouvernance de la santé communautaire en clarifiant au niveau du cadre institutionnel et organisationnel la hiérarchie et les rôles des trois organes concernés (Comité National de l'Action Sanitaire, Comité National de Coordination de la Santé Communautaire, et Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire);
- ii) renforcer la participation communautaire;

- iii) renforcer les capacités des acteurs de la santé communautaire (ASC, ONG /OBC) pour soutenir l'action des professionnels de la santé dans le transfert de compétences aux communautés;
- iv) susciter (a) la mise en place des cadres de réflexion sur le développement des mécanismes innovants de financement des interventions de santé communautaire, et (b) le développement de cadres de partenariats multisectoriels pour le financement des interventions de santé communautaire en vue d'assurer une meilleure participation Communautaire.

Le rapport de l'Analyse situationnelle a enfin donné des orientations pour l'élaboration de la politique de santé communautaire. Selon ces orientations, la politique de santé communautaire doit être alignée sur la vision du PNDS 2021-2025, avec des orientations stratégiques qui serviront à déterminer les axes stratégiques devant constituer l'ossature de la Politique de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire.

Au terme de cette analyse de la situation, les orientations fournies pour l'élaboration de la politique de santé communautaire doivent être mises en œuvre par les parties prenantes. Celles-ci doivent conjuguer leurs efforts en vue de parvenir à la rédaction d'un document de politique prenant en compte les priorités auxquelles il convient de s'intéresser à travers un dialogue large et participatif.

## XV. - DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Renaud, A. & Dr. Semasaka, J.P (2014). Vérification de la performance dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR) : *Le Cas du FBR communautaire et du FBR du côté de la demande au Rwanda*
2. Côte d'Ivoire (2019). *Community Health Roadmap*
3. Département des Affaires sociales, Commission de l'Union africaine (2011), Guide de référence de l'indicateur de suivi et évaluation : *Appel d'ABUJA en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH, le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction*
4. Jourdan, D, O'Neill, M., Dupéré, S. & Stirling, J. (2012). « Santé Publique », *Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?* Vol. 24 | pages 165 à 178, 2012/2. S.F.S.P.  
Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-2-page-165.htm>
5. Breton, E., (2016). « Santé Publique », *La charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ?* Vol. 28 | pages 721 à 727, 2016/6. S.F.S.P.  
Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-6-page-721.htm>
6. Fédération des maisons médicales Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT). (2013). *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique*
7. FMOH, PPFN, USAID, UNFPA, fhi 360, SFH, Ship, (2012). *PROGRESS in Family Planning - Expanding Access to Injectable Contraception : Community based access to Injectable.*
8. Phillips, J. F. (2011). Evidence-based Transfer of success : *Lessons Learnt from Community Health Worker Experiments in Bangladesh & Ghana*
9. Ministère de la Santé/Direction Nationale de la Santé Publique. (2013). Forum national sur la santé communautaire au Bénin : *les actes - "Osons changer de cap !"*. Document final, Cotonou (Bénin)
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2020). *Revue à mi-parcours du plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021*

11. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2017). *Plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021*
12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2020). *PAO 2020 Santé Communautaire*
13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2015). *Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire*
14. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2019), Financement de la santé, *Dossier d'investissement 2020-2023*
15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020,*
16. Neuvième conférence mondiale sur la promotion de la santé (2016). *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.* Shangäi
17. OMS (2017). Programmes d'agents de santé communautaire dans la région africaine de l'OMS : *Données factuelles et options – Note d'orientation*
18. OMS (1978). Les Soins de santé primaires, *Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Alma-Ata*
19. OMS (2010). *Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde*
20. OMS, *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*
21. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*
22. Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*
23. République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la santé publique. *Politique nationale de la santé communautaire*
24. République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère de la santé et de la population, Programme national de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (2005). *Politique des soins palliatifs en Côte d'Ivoire*
25. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (2014), *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*

26. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2015), *Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire*
27. Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. (2005). *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Bangkok (Thaïlande)
28. Troisième conférence mondiale sur la promotion de la santé (1991). Des environnements favorables à la santé : *La déclaration de Sundsvall*
29. UNICEF (2019). *Rapport d'analyse, Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'ouest et du centre*

## XVI. - ANNEXES

Annexe 1 - Termes de références de la mission

Annexe 2 - Calendrier des activités

Annexe 3 - Liste des personnes/organisations rencontrées

Annexe 4 - Guide d'entretien individuel

Annexe 5 - Liste des interventions à base communautaire

Annexe 6 - Liste des principaux acteurs et leurs missions

## ***Annexe 1 – Termes de références de la mission***

## ***Annexe 2 – Calendrier des activités***

## ***Annexe 3 – Liste des personnes/organisations rencontrées***

## ***Annexe 4 - Guide d'entretien individuel***

## **Annexe 5 – Liste des interventions à base communautaire**

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

**Tableau I : Principales activités en fonction des interventions**

<b>INTERVENTIONS</b>	<b>PRINCIPALES ACTIVITES</b>
<p><b><i>Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIMNE-C)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins appropriés à domicile pour les maladies suivantes : diarrhée, paludisme (PECADOM), pâleur, toux/rhume, pneumonie, nez bouché, blessures, accidents. (cf. Guide national de formation des ASC)</li> <li>- Activités de référence /orientation au centre de santé</li> </ul>
<p><b><i>Promotion des pratiques familiales clés pour la survie du nouveau-né et de l'enfant</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation des ménages sur la croissance physique et le développement psychomoteur de l'enfant (pesée, mensuration, suivi de la position assise, debout, marche).</li> <li>- Prévention des maladies : conseils et suivi des vaccinations, supplémentation en vitamine A, distribution et sensibilisation à l'utilisation de la MILDA, IEC/CCC, visites à domicile,</li> <li>- Orientation des ménages vers le centre de santé,</li> <li>- Conseils pour les soins et suivi de la mère et du nouveau-né.</li> </ul>
<p><b><i>Promotion de l'hygiène, de l'assainissement, de l'utilisation de l'eau potable et gestion des déchets sanitaires</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D (hygiène corporelle, hygiène bucco-dentaire, hygiène de l'eau et du cadre de vie y compris le désherbage, lavage des mains, gestion des déchets et des eaux usées),</li> <li>- Gestion des déchets sanitaires (Tri à la production et pré-collecte des déchets)</li> <li>- Surveillance (hygiène alimentaire, hygiène publique et hygiène en situation d'urgence),</li> <li>- Sensibilisation à l'utilisation des latrines améliorées,</li> <li>- Potabilisation de l'eau.</li> </ul>

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<p><b><i>Prise en charge intégrée des Maladies Tropicales Négligées (onchocercose, filariose lymphatique, géo helminthiases, ulcère de Buruli, lèpre, trachome, Noma, Pian, Dracunculose, schistosomiasis et trypanosomiase humaine africaine)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement de masse intégré (administration de médicaments) de l'onchocercose, de la filariose lymphatique, des géo helminthiases et des schistosomiasis,</li> <li>- Détection et orientation des personnes présentant des troubles visuels ou autres anomalies liées aux Maladies Tropicales Négligées (MTN),</li> <li>- Prise en charge des groupes spécifiques (riziculteurs, bouviers/nomades, migrants, extracteurs de sable dans les fleuves, etc.),</li> <li>- Recherche active des cas de MTN,</li> <li>- Référence /orientation des cas de MTN,</li> <li>- IEC/CCC/C4D.</li> </ul>
<p><b><i>Prise en charge de la Tuberculose au niveau communautaire (DOT communautaire)</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référence/orientation précoce des tousseurs chroniques,</li> <li>- Suivi de la prise des médicaments antituberculeux (DOT),</li> <li>- Recherche des malades irréguliers aux traitements antituberculeux,</li> <li>- IEC/CCC/C4D.</li> </ul>
<p><b><i>Surveillance intégrée des maladies au niveau communautaire</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement/Notification des cas (maladies cibles du PEV, maladies à potentiel épidémique, paludisme, dracunculose, décès maternel, néonatal et infantile, etc.) et les maladies non transmissibles,</li> <li>- Rapportage des cas aux responsables des réseaux de surveillance et/ou aux formations sanitaires.</li> </ul>
<p><b><i>Campagnes intégrées d'administration de vaccins, de médicaments, et distribution de produits</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation communautaire avant, pendant et après les campagnes,</li> <li>- Administration de vaccin polio oral, Vitamine A, Déparasitant,</li> <li>- Distribution de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) et suivi de leur utilisation.</li> </ul>
<p><b><i>Santé Maternelle et infantile</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation communautaire et IEC/CCC/C4D sur l'importance de la Consultation Prénatale recentrée, de l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la consultation post natale, la Planification Familiale et des violences sexuelles et domestiques et des fistules obstétricales,</li> </ul>

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotion de la vaccination de routine : explications et suivi du calendrier vaccinal mère-enfant, les avantages liés à la vaccination, définition communautaire des maladies cibles du PEV, avantages de l'administration de la vitamine A,</li> <li>- Promotion de l'utilisation des MILDA distribués en routine (CPNr et vaccination)</li> <li>- Recherche active des femmes enceintes et des enfants perdus de vue</li> <li>- Suivi des femmes enceintes : explication de l'importance du respect du rendez-vous des Consultations Prénatales, recherche des signes de danger,</li> <li>- Suivi des femmes accouchées : explications des avantages de l'allaitement maternel exclusif et de l'importance des Consultations post natale</li> <li>- Suivi des nouveaux nés à domicile,</li> <li>- Détection et référence/orientation des cas compliqués, des signes de danger et des fistules obstétricales</li> <li>- Réapprovisionnement des contraceptifs oraux, distribution des préservatifs et suivi des femmes sous contraceptif</li> </ul>
<p><b><i>Santé mentale : Epilepsie, troubles mentaux, toxicomanie</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche active des cas de troubles mentaux et d'épilepsie,</li> <li>- Sensibilisation à la déclaration des cas de troubles mentaux et d'épilepsie et explication de l'importance de la référence au centre de santé,</li> <li>- IEC/CCC/C4D en hygiène mentale, sur l'acceptation des malades épileptiques, sur les dangers liés à la consommation des drogues, stupéfiants et alcool.</li> </ul>
<p><b><i>Traumatismes et accidents de la voie publique</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/ C4D sur la prévention de traumatisme par le port de casques et ceinture de sécurité (motocyclistes, travailleurs de chantiers, automobiliste),</li> <li>- Pose de gestes de premiers secours.</li> </ul>

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<p><b><i>Rééducation à Base Communautaire des Enfants Vivant avec les Handicaps/ Réhabilitation à base communautaire des personnes avec un handicap</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/ C4D</li> <li>- Recensement des enfants ou toute personne en situation de handicap</li> <li>- Pose de gestes simples pour améliorer le confort des malades</li> <li>- Référence/orientation des cas dans les établissements sanitaires</li> <li>- Suivi des patients appareillés ou non.</li> </ul>
<p><b><i>Lutte contre les IST/ VIH/Sida</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D,</li> <li>- Soins et Soutien aux PVVIH et aux OEV : Education au traitement et à l'observance, animation de groupe d'auto-support et groupe de soutien, identification des besoins, 07 soutiens aux OEV, Santé Positive, Dignité et Prévention (SPDP), soins palliatifs</li> <li>- Référence active/orientation</li> <li>- Promotion du dépistage volontaire,</li> <li>- Promotion de l'utilisation du préservatif</li> <li>- Recherche active des perdus de vue des malades sous traitement ARV,</li> <li>- Sensibilisation sur la PTME</li> </ul>
<p><b><i>Prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage des cas de malnutrition,</li> <li>- Traitement communautaire des cas</li> <li>- Référence/orientation des cas,</li> <li>- Recherche des perdus de vue</li> <li>- Suivi des cas traités,</li> <li>- IEC/CCC,</li> <li>- Education nutritionnelle</li> </ul>
<p><b><i>Lutte contre le paludisme</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D,</li> <li>- Diagnostic et prise en charge des cas simples de paludisme à domicile (PECADOM)</li> <li>- Détection et référence/orientation des cas graves</li> <li>- Promotion de l'utilisation de la MILDA</li> <li>- Recherche des perdues de vue (Femmes enceintes non assidues pour CPN/TPI)</li> </ul>

INTERVENTIONS	PRINCIPALES ACTIVITES
<b><i>Gestion des urgences (morsures venimeuses, accidents domestiques) et des situations de catastrophes</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D,</li> <li>- Prise en charge des cas par des « gestes qui sauvent »,</li> <li>- Contribution à l'évaluation rapide des risques sanitaires,</li> <li>- Participation à l'organisation des secours,</li> <li>- Référence/orientation des cas.</li> </ul>
<b><i>Promotion du don de sang</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D pour le don du sang.</li> </ul>
<b><i>Lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, HTA, diabète, drépanocytose, cancers du col de l'utérus, cancer du sein)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IEC/CCC/C4D,</li> <li>- Détection des cas</li> <li>- Recherche des personnes présentant des facteurs de risques,</li> <li>- Référence/orientation des cas,</li> <li>- Conseils hygiéno-diététiques</li> <li>- Suivi des malades sous traitement.</li> </ul>

## **Annexe 6 – Liste des principaux acteurs et leurs missions**

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

### **Acteurs sanitaires**

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

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

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

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

### Autres acteurs

**Tableau II : Répartition des missions et rôles selon les autres acteurs**

Acteurs	Missions/rôles
<b>Corps préfectoral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nommer les ASC par arrêté préfectoral sur proposition de la communauté</li> <li>- Installer officiellement les ASC,</li> <li>- Mobiliser les communautés</li> <li>- Faire la promotion des ASC.</li> </ul>
<b>Conseils régionaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC (moyens de locomotion, activités génératrices de revenus, soutien financier, utilisation en priorité dans les activités à haute intensité de main d'œuvre),</li> <li>- Participer à l'installation officielle des Agents de Santé communautaires,</li> <li>- Mobiliser la communauté</li> <li>- Faire la promotion des ASC</li> <li>- Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions.</li> </ul>
<b>Mairies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les ressources matérielles et financières pour la motivation des ASC (moyens de locomotion, activités génératrices de revenus, soutien financier, utilisation en priorité dans les activités à haute intensité de main d'œuvre),</li> <li>- Participer à l'installation officielle des ASC,</li> <li>- Mobiliser la communauté</li> <li>- Faire la promotion des ASC</li> <li>- Apporter régulièrement et annuellement un appui financier et matériel pour la mise en œuvre des interventions.</li> </ul>

Acteurs	Missions/rôles
<b>Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Contribuer à la mobilisation des ressources locales nécessaires à la mise en œuvre des IBC et à la motivation des ASC,</li> <li>- Participer au choix des ASC,</li> <li>- Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des ESPC</li> <li>- Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination</li> </ul>
<b>Comités de Santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Mobiliser les ressources locales,</li> <li>- Conduire le processus de sélection des ASC,</li> <li>- Participer à la mise en œuvre des interventions à base communautaire,</li> <li>- Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des ESPC</li> <li>- Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination collaboration avec le CVD et le CDQ.</li> </ul>
<b>Comités de Gestion des Etablissements Sanitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Mobiliser les ressources locales,</li> <li>- Participer au processus de sélection des ASC,</li> <li>- Participer aux réunions de coordination organisées par les responsables des ESPC</li> <li>- Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination en collaboration avec le Comité de santé,</li> <li>- Participer à l'organisation du monitoring des activités communautaires.</li> </ul>
<b>ONG/Associations locales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Contribuer à la mobilisation des ressources,</li> <li>- Participer au processus de sélection des ASC,</li> <li>- Apporter un appui technique, matériel et financier nécessaire aux activités des ASC en collaboration avec les autorités sanitaires</li> <li>- Contribuer au suivi/supervision des interventions en collaboration avec les autorités sanitaires,</li> <li>- Faire le rapportage des activités communautaires au responsable du centre de santé,</li> <li>- Participer aux réunions de coordination organisées par l'ECD</li> <li>- Mettre en œuvre les recommandations issues des réunions de coordination.</li> </ul>
<b>Agents de Santé Communautaire (ASC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Mettre en œuvre les interventions (prévention, prise en charge des cas simples, référence/ orientation, gestion des intrants) au niveau communautaire,</li> <li>- Impliquer les relais communautaires dans la mise en œuvre des IBC,</li> <li>- Participer aux sessions de formations et de mise à niveau,</li> </ul>

Acteurs	Missions/rôles
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer aux réunions mensuelles à l'ESPC,</li> <li>- Recueillir les données communautaires,</li> <li>- Renseigner le rapport mensuel et le transmettre au responsable de l'aire de santé</li> <li>- Réaliser le monitoring des activités communautaires avec l'appui du responsable de l'aire de santé</li> </ul>
<b>Praticiens de la médecine traditionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer aux sessions de formations et de remise à niveau,</li> <li>- Contribuer à la mobilisation des communautés,</li> <li>- Faire l'IEC/CCC, C4D</li> <li>- Référer/Orienter les cas,</li> <li>- Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.</li> </ul>
<b>Leaders d'opinion (Parlementaires, chefs traditionnels, chefs religieux, responsables d'associations)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser les communautés,</li> <li>- Mobiliser les ressources,</li> <li>- Participer au processus de sélection des ASC,</li> <li>- Contribuer à la motivation et à la reconnaissance des ASC,</li> <li>- Participer aux réunions de suivi des interventions au niveau de la communauté.</li> </ul>