

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



MINISTRE DE LA SANTE DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

Version Mars 2021

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES.....	4
REMERCIEMENTS	8
AVANT PROPOS.....	9
PREFACE	10
RESUME	11
INTRODUCTION	12
1. - CONTEXTE	12
1.1. - Caractéristiques socio démographiques.....	12
1.2. - Profil sanitaire et des déterminants de la santé	13
1.3. - Cadre juridique et institutionnel encadrant la santé communautaire	17
2. - ANALYSE DE LA SITUATION	18
2.1. - Modalités d'interventions communautaires existantes	18
2.2. - Brève analyse de l'organisation et de la mise en œuvre des interventions de santé communautaire en Côte d'Ivoire.....	19
2.3. - Forces et Faiblesses.....	22
2.4 – Opportunités et Menaces	25
2.5 – Défis de la santé communautaire en Côte d'Ivoire.....	26
3. - FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS	27
3.1. - Fondements	27
3.2. - Vision	27
3.3. - Valeurs	27
3.4. - Principes.....	28
4. - OBJECTIFS.....	28
4.1 – Objectif général	28
4.2 – Objectifs spécifiques	29
5. - ORIENTATIONS STRATEGIQUES	29
5.1. - Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire	29
5.2. - Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé.....	32
5.3. – Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par la promotion de la couverture maladie universelle (CMU).....	33
5.4. – Amélioration de la couverture et de la qualité des interventions de santé communautaire.....	34
5.5. – Renforcement du système d'Information à Base Communautaire (SIBC).....	35
5.6. – Promotion de la recherche et de l'utilisation des données.....	36
5.7. – Augmentation et amélioration de l'efficacité et de l'efficience du financement de la santé communautaire.....	36
6. - MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION.....	39
6.1 - Cadre institutionnel de mise en oeuvre	39
6.2 - Suivi Evaluation	41

7 - HYPOTHÈSES ET GESTION DES RISQUES	41
7.1. Environnement international	41
7.2. Environnement national	42
7.3. Adhésion des partenaires techniques et financiers	42
7.4. Engagement des parties prenantes.....	42
7.5. Cadre institutionnel	42
CONCLUSION.....	42
ANNEXES	44
Annexe 1 : Glossaire	44
Annexe 2 : Liste des documents consultés.....	48

SIGLES ET ACRONYMES

ABC	: Activités à Base Communautaire
AE	: Allaitement Exclusif
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARSIP	: Alliance des Religieux pour la Santé Intégrale et la Promotion de la personne humaine en Côte d'Ivoire
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
AVP	: Accident de la Voie Publique
AVS	: Activité de Vaccination Supplémentaire
CCPISC	: Cadre de Concertation Permanent sur les Interventions de Santé Communautaire
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CLP	: Comité Local de Pilotage
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNAS	: Comité National de l'Action Sanitaire
CNS	: Compte National de la Santé
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Périnatale
CSU	: Centre de Santé Urbain
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
CVS	: Comité Villageois de Suivi
DHIS 2	: District Health Information Software 2 / Logiciel d'Information Sanitaire du District
DOTS/TDO	: Directly Observed Treatment Strategy / Stratégie de Traitement Directement Observé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DTS	: Dépenses Totales de Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et Santé
EDS-MICS	: Enquête Démographique et Santé - Multiple Indicator Cluster Surveys/Enquête à Indicateurs Multiples
EIS	: Enquête sur les Indicateurs du Sida
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact

FBP/PBF	: Financement Basé sur la Performance / Performance Based Financing
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FDAL	: Fin de la Défécation à l' Air Libre
FRANC	: Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire
GAC	: Groupe d' Action Communautaire
GFF	: Global Financing Facility / Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents
HG	: Hôpital Général
HSSA	: Health System Strengthening Accelerator / Projet Accélérateur du Renforcement des Systèmes de Santé
HTA	: Hypertension Artérielle
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IBFAN-CI	: International Baby Food Action Network- Côte d'Ivoire / Réseau international d'action pour l'alimentation infantile - Côte d'Ivoire
iCCM	: integrated Community Case Management / Gestion de cas communautaire intégrée
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
IMEP	: Initiative Mondiale pour l' Eradication de la Poliomyélite
IRA	: Infection Respiratoire Aigüe
IRC	: International Rescue Committee
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MENETFP/DSPS	: Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle/Direction des Stratégies de la Planification des statistiques
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys /Enquête à Indicateurs Multiples
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d' Action
MIRHA	: Ministère des Ressources Animales et Halieutiques
MSHPCMU	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MSM	: Men who have Sex with Men/Hommes ayant les Rapports Sexuels avec les Hommes
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
MOU	: Memorandum of Understanding / Protocole d'entente
NNE	: Nouveau-Né
OBC	: Organisation à Base Communautaire
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
PAC	: Plan d'Action Communautaire
PE	: Pair Educateur
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFA	: Paralysies Flasques Aiguës
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PHAM	: Programme d'Hydraulique et d'Assainissement pour le Millénaire
PIAVIH	: Personne Infectée et Affectée par le VIH
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMO	: Partenaire de Mise en Œuvre
PMT	: Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNEVG/EA	: Programme National d'Eradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSN-SC	: Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PNSC	: Politique Nationale de Santé Communautaire
PNSME	: Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
R4D	: Results for Development
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMM	: Ratio-de Mortalité Maternelle
SBC	: Services de santé à Base Communautaire
SIDA	: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose

TIC	:	Technologies de l'Information et de la Communication
TS	:	Travailleur de Sexe
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	United States Agency for International Development/Agence des Etats Unis pour le Développement International

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, à travers la Direction de la Santé Communautaire, exprime ses remerciements à l'ensemble des cadres du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, de ceux des autres ministères, des partenaires au développement ainsi que toutes les personnes ressources qui ont contribué à la réalisation du document de Politique Nationale de la Santé Communautaire. Son élaboration vient renforcer le cadre institutionnel.

Nos remerciements s'adressent particulièrement :

1. À l'USAID à travers le Projet Accélérateur du Renforcement des Systèmes de Santé (HSSA) mis en œuvre par R4D (Results for Development) ; au projet Health Policy plus (HP+) ; à PMI à travers le Projet IMPACT MALARIA ; à l'UNICEF et Alliance Côte d'Ivoire, pour leurs appuis techniques et financiers respectifs fournis tout au long de ce processus ;
2. Aux différentes personnes ressources (facilitateurs, membres du groupe technique de travail et agents du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle) pour leur engagement et les efforts fournis durant tout le processus afin de rendre disponible ce document ;
3. Aux personnes ressources des autres ministères techniques pour leur disponibilité et leurs contributions remarquables ;
4. Aux Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales ;
5. Aux Organisations de la Société Civile.

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle compte sur l'engagement de tous pour la mise en œuvre et surtout le respect des orientations définies d'un commun accord dans ce Document de Politique Nationale de la Santé Communautaire.

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

Avant la mise en œuvre des activités de santé communautaire, il convient d'examiner minutieusement les problèmes liés à la santé des communautés. La parfaite connaissance de ces problèmes, de leur origine historique ou culturelle, de la manière dont ils se présentent et de la manière dont ils sont perçus par la population, est déterminante pour bien appréhender les ressources disponibles qu'elles soient humaines, matérielles ou financières. De ce processus, découle le choix des politiques, des approches communautaires et des interventions qui nécessitent un investissement des acteurs concernés pour la définition des besoins et la mobilisation pour la prise en charge desdits problèmes. Dans notre contexte actuel, la modification des activités de santé communautaire issues du PSNSC 2022-2026, va s'aligner sur la Politique Nationale de Santé Communautaire qui sera disponible.

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

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

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

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



La Directrice de la Santé Communautaire

Dr KADJA Adjoba Françoise

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

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

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

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

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

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

Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture
Maladie Universelle



M. DIMBA Pierre

La Côte d'Ivoire a fait des soins de santé primaires le socle de son système de santé en développant diverses stratégies pour l'opérationnaliser. L'appropriation et la participation communautaire, reconnues comme gage de pérennisation des acquis, sont insuffisamment développées. En effet, dans le souci de renforcer les services offerts au niveau communautaire, plusieurs acteurs mettent en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les populations les plus vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ces actions sont généralement menées sans cadre global d'orientation et de coordination.

Face à cette situation et pour garantir l'accès universel à des soins de santé de qualité, l'Etat de Côte d'Ivoire a décidé d'élaborer une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC). Cette Politique est en cohérence avec la dynamique internationale d'impulsion de la santé communautaire soutenue par les différentes déclarations notamment celles d'Addis Abeba sur la santé communautaire (2006) et Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (2008).

La Vision de cette Politique de santé communautaire s'inspire de celle contenue dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et met l'accent sur la participation des communautés : « *Une Côte d'Ivoire où tous les individus, les ménages et les collectivités ont accès à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation sans aucune forme d'exclusion et dans un partenariat entre les communautés, les services sociaux de base et l'administration locale, pour un meilleur état de santé* ».

Huit principes majeurs ont été dégagés pour servir de base à la Politique de Santé communautaire de Côte d'Ivoire : *un leadership communautaire fort, une meilleure gouvernance locale du secteur sanitaire, des prestations de santé de qualité optimale, le respect des engagements internationaux, le genre, la participation communautaire, l'appropriation et la décentralisation*. La Politique de santé communautaire capitalise également les valeurs cardinales suivantes : *l'équité, la justice sociale, l'éthique, la rigueur, la transparence, la redevabilité, l'universalité*.

L'objectif de la Politique de santé communautaire est de *contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité, avec la pleine participation des communautés*. De façon spécifique elle vise à :

1. *Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire afin de la rendre performante ;*
2. *Renforcer l'autonomie et les capacités des communautés à gérer leur santé à travers le fonctionnement des comités locaux de santé communautaire ;*
3. *Assurer la couverture en soins de santé communautaire de qualité à toutes les communautés ;*
4. *Assurer la pérennisation des interventions communautaires.*

Ces objectifs sont réalisés à partir de la mise en opération de 7 orientations stratégiques :

1. *Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ;*
2. *Le renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé ;*
3. *L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par la promotion de la couverture maladie universelle (CMU) ;*
4. *L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ;*
5. *Le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) ;*
6. *La promotion de la recherche et de l'utilisation des données ;*
7. *L'augmentation et l'amélioration de l'efficacité et l'efficience du financement de la santé communautaire y compris la mise à contribution de sources de financement pérennes et innovantes.*

Le Plan National de Développement (PND) 2021-2025 ambitionne de réaliser « la Côte d'Ivoire Solidaire » à travers ses 5 piliers¹. Pour y contribuer efficacement, le secteur de la santé s'est doté du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 qui, arrimé aux orientations stratégiques du PND 2021-2025, prend en compte les engagements internationaux tels que la Déclaration d'Alma Atta sur les Soins de Santé Primaires (SSP) de 1978 et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP et les Systèmes de Santé en Afrique d'avril 2008. Notre pays, ayant fait des SSP le socle de son système de santé, a développé diverses stratégies pour l'opérationnaliser. L'appropriation et la participation communautaire, reconnues comme gage de pérennisation des acquis, sont insuffisamment développées. En effet, dans le souci de renforcer les services offerts au niveau communautaire, plusieurs acteurs mettent en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, en particulier chez les populations les plus vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ces actions sont généralement menées sans cadre global d'orientation et de coordination.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) se dote d'une politique de santé communautaire. Il est le résultat des réflexions concertées de tous les acteurs intervenant dans le domaine, et il contribuera, de façon significative, à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et services au sein des communautés avec leur pleine participation.

Ce document est un outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. Il constitue le cadre approprié pour l'organisation, la coordination et le soutien des interventions des différents acteurs. Il obéit à des principes et des valeurs fondamentales qui mettent l'homme au centre de toute action de santé.

1. - CONTEXTE

La description du contexte de la santé communautaire établit l'état des lieux autour des caractéristiques socio-démographiques du pays, du profil sanitaire et des déterminants de la santé, et du cadre juridique et institutionnel encadrant la santé communautaire.

1.1. - Caractéristiques socio démographiques²

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

¹ Le premier pilier de la Côte d'Ivoire Solidaire, c'est le trio : Paix – Sécurité – Cohésion ; le deuxième pilier est la création de la richesse, source d'emplois ; le troisième est la création d'un cadre de vie agréable et un environnement d'investissement attractif au niveau de chacune de nos régions ; le quatrième est le développement d'une administration plus performante et plus engagée ; le cinquième, et pilier central : c'est l'Homme Ivoirien au cœur de la Côte d'Ivoire Solidaire (<https://ado2020.ci/le-projet/>)

² RGPH 2014

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

Au plan démographique

1. Selon les projections de l'Institut national de la statistique (INS) à partir des données du Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH4, 2014), la population est estimée en 2020 à : 26 453 542 habitants sur la base d'un taux d'accroissement annuel moyen de 2,6%. Le pays a un niveau encore élevé de taux de fécondité indiquant que, dans les années à venir, la population devrait, selon les projections de l'INS, 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.
2. La population de la Côte d'Ivoire est répartie comme suit : population masculine (51,6 %), population féminine (48,4%), population urbaine (50,3%), population rurale (49,7%). La densité de la population est de 70,3 habitants /km².
3. Le pays compte une mosaïque de 66 ethnies qui constituent 4 principaux groupes linguistiques (Mandé, Voltaïques, Krou et Akan). La langue officielle est le français.
4. Concernant les religions, les musulmans représentent 38,6% de la population, les chrétiens 32,8%, les animistes 11,9% et 16,7% sans religion.

Au plan socioéconomique

1. Après une décennie de stagnation économique et de troubles civils, la croissance économique s'est accélérée pour atteindre plus de 7 % par an avant la survenue de la COVID 19 qui a réduit la croissance économique à 1.5% en 2020.
2. Si la croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d'Ivoire et marquée par des inégalités significatives : près de 46 % de 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).
3. 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.
4. La Côte d'Ivoire figure parmi les derniers pays du classement mondial de 2019 de l'indice du développement humain (162^{ème} sur 189) et le pays se classe parmi les dix derniers de l'indice du capital humain récemment publié par la Banque mondiale (149^{ème} sur 157).

Au plan politique

1. Depuis 2012, la situation sécuritaire s'est améliorée sur l'ensemble du territoire ivoirien. Toutefois, il existe des limites dans le processus de réconciliation nationale et des tensions intercommunautaires dans de nombreux points du pays, en particulier dans les régions de l'ouest, du nord et du centre.
2. Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l'utilisation des terres et l'accès aux ressources naturelles comme l'eau, les forêts, les minerais, etc.
3. 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.
4. Les différentes élections conduisent à aggraver les fragilités qui débouchent sur des incidents graves.

Tous ces facteurs de risque doivent conduire impérativement à renforcer les systèmes d'alerte précoce et les mécanismes locaux, régionaux et nationaux de prévention et de gestion des conflits, en veillant à établir une forte interconnexion entre les différents niveaux.

1.2. - Profil sanitaire et des déterminants de la santé

1.2.1 - Profil sanitaire

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques du profil sanitaire du pays

Organisation sanitaire

5. *Structure pyramidale à trois (03) niveaux : central, intermédiaire (constitué de 33 régions sanitaires) et périphérique (avec 113 districts sanitaires), Le district sanitaire est subdivisé en secteurs sanitaires constitués d'aires sanitaires ou bassins de desserte des établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Tous les villages ainsi que les campements rattachés sont couverts par un ESPC.*
6. *Le système sanitaire ivoirien a adopté la stratégie des soins de santé primaires, avec comme unité opérationnelle le district sanitaire, et la définition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) aux différents échelons de la pyramide sanitaire.*
7. *L'offre de soins est constituée de structures publiques, privées, confessionnelles, d'acteurs de la médecine traditionnelle et des intervenants communautaires.*

Ressources Humaines de santé

8. *Les ressources humaines de santé sont de diverses compétences.*
9. *Selon le Rapport annuel des statistiques sanitaires (RASS) 2018, le ratio médecin-population est de 1.4 ; le ration infirmier-population : 2.3, et le ration sage-femme-population : 2.7. Ces chiffres montrent que la Côte d'Ivoire a une bonne couverture en ressources humaines. Cependant il existe des disparités et une inégale répartition des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national.*
10. *Le personnel est concentré dans les grandes villes au détriment des zones rurales, éloignées ou enclavées et où les problèmes de santé se posent avec acuité.*

Indicateurs sanitaires

1. *L'espérance de vie à la naissance est passée de 51,3 ans en 1998 à moins de 45,9 ans en 2006, puis à 56,8 ans (Projection 2020 - INS), et le taux brut de mortalité de 14 pour 1 000 habitants en 2006 (EIS 2005) à 9,9 ‰ (INS-Projection 2020).*
2. *Le taux de mortalité infantile est passé de 125 ‰ en 2005 (EDS 2005) à 108 ‰ naissances vivantes en 2012 (EDSCIII)/PNDS 2016-2020, puis à 65,2 ‰ (Projection 2020).*
3. *Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 114.2 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (RASS 2018).*

Profil épidémiologique

1. *Prédominance des maladies infectieuses et parasitaires.*
 2. *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.*
 3. *Les maladies émergentes et ré-émergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent également du terrain.*
 4. *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.*
 5. *Les menaces sanitaires quasi permanentes pour les populations [notamment : épidémies/pandémies à Coronavirus (COVID 19) et à virus Ebola, maladies non transmissibles, pollution atmosphérique, changement climatique, etc.], sont responsables d'environ 50 à 80 % des décès dans les ménages.*
- Toutefois, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses entreprises au sein des communautés et par les communautés, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. En outre, l'Etat ivoirien pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé des populations, a opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires.*

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

1.2.2 - Profil des déterminants de la santé

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.

Le tableau ci-dessous résume les principaux déterminants de la santé selon leurs catégories

DÉTERMINANTS
Environnement économique/de travail
1. Éducation et alphabétisme <i>L'éducation joue un rôle capital dans le développement des capacités et sur la santé car le niveau d'instruction influe sur la compréhension et l'adoption des messages/comportements de santé.</i> <i>La capacité précoce d'apprentissage durant les années préscolaires, la réussite des études secondaires et la participation au marché du travail sont tous des prédicteurs d'une bonne santé et de réussite à long terme.</i> <i>En Côte d'Ivoire le taux d'alphabétisation des jeunes est de 47,2% chez les femmes contre 63,8% (hommes) ; et le taux net de scolarisation à 76,8% au primaire contre 40,6% au secondaire (MICS5 - 2016).</i>
2. Emploi/Revenu <i>L'emploi est un déterminant majeur de la santé. Le revenu que confère l'emploi détermine les conditions de vie et établit un lien de causalité à double sens entre pauvreté et santé.</i> <i>Le revenu détermine la capacité d'une famille à se loger en sécurité, à se nourrir convenablement et à disposer de ressources éducatives, qui sont tous des éléments essentiels pour la santé.</i>
3. Sécurité alimentaire <i>Garantir à tout moment à une population, l'accès à une nourriture à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif est un important déterminant pour sa santé.</i>
Environnement physique
1. Qualité de l'air et de l'eau <i>La santé et la sécurité des populations commencent par l'eau que nous buvons et l'air que nous respirons.</i> <i>En Côte d'Ivoire :</i> <i>- Selon l'OMS, la pollution de l'air, tant intérieur qu'extérieur, entraîne chaque année la mort de quelques 600 000 enfants de moins de 15 ans en raison d'infections aiguës des voies respiratoires.</i> <i>- Selon l'office national de l'eau potable (ONEP), la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable est de 85% en 2018.</i>
2. Logement <i>L'insuffisance de commodités dans les habitations, les lotissements anarchiques et le phénomène des quartiers spontanés et précaires constituent autant de facteurs de la détérioration du cadre de vie.</i>
3. Aménagement du territoire <i>L'urbanisation a des conséquences sur notre santé individuelle et collective car elle est associée à des risques sanitaires tels que les flambées épidémiques, les maladies non transmissibles (MNT), la violence et les traumatismes, les risques environnementaux, etc.</i> <i>En Côte d'Ivoire, le taux d'urbanisation est passé de 50,3 % en 2015 à 52,1 en 2018 (Source : MCLAU).</i>

Environnement social

1. Réseaux de soutien social

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

2. Stéréotypes, exclusion sociale

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

Caractéristiques, expériences et comportements individuels

1. Prédispositions génétiques et biologiques

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

2. Expériences de la petite enfance

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

3. Habitudes de vie et habiletés d'adaptation

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

En Côte d'Ivoire :

38 % des ménages disposent d'un lieu d'aisance adéquat ;

78 % des ménages utilisent le bois et le charbon comme mode de cuisson alors qu'ils sont 22 % à utiliser le gaz ;

70 % des ménages rejettent leurs ordures dans la nature ;

80 % des ménages n'utilisent pas les fosses septiques et les réseaux d'égout comme mode d'évacuation des eaux usées ;

Le pourcentage de la population des ménages qui utilisent des toilettes améliorées est de 53,1 % en milieu urbain.

Système de santé et de services sociaux

1. Accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux

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

En Côte d'Ivoire, avant 2015 :

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

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

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

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

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

1.3. - Cadre juridique et institutionnel encadrant la santé communautaire

1.3.1 - Fondements de la santé communautaire en Côte d'Ivoire

La conférence d'Alma Ata en 1978 présente les Soins de Santé Primaires (SSP) comme la stratégie efficace et efficiente d'offre de soins.

L'Initiative de Bamako en 1987 met l'accent sur la participation des communautés à la résolution de leurs problèmes de santé.

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

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

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

1.3.2 - Cadre juridique et institutionnel encadrant la santé communautaire

L'adhésion du pays à ces différentes conventions et initiatives sous-citées se traduit par la prise de différents textes réglementaires encadrant la santé communautaire :

1. Le Décret n° 93-216 du 03 février 1993 portant institution d'une redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics.
2. Le Décret n° 93-218 du 03 février 1993 fixant les règles de gestion des formations sanitaires rurales.
3. Le Décret n° 94-302 du 01 juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics.
4. Le Décret n° 96-316 du 24 avril 1996 portant création et organisation du Comité National de l'Action Sanitaire, placé sous la tutelle du Président de la République.
5. La LOI n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la **Couverture maladie universelle (CMU)** qui est un système national de tiers payant assurant la couverture du risque maladie dont l'objectif est de garantir l'accès à des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire

En outre, la LOI n° 2016-886 du 8 novembre 2016 portant **Constitution** de la République de Côte d'Ivoire, en son article 9, stipule que « **toute personne a droit à un accès aux services de santé** ».

2. - ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. - Modalités d'interventions communautaires existantes

Les interventions communautaires en Côte d'Ivoire se sont réalisées jusqu'à ce jour sous plusieurs formes en fonction des différents domaines et démontrent les défis auxquels sont confrontés les acteurs malgré quelques avancées. Quelques expériences et résultats d'interventions communautaires en Côte d'Ivoire ont été décrites dans le rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire³. Les leçons apprises de ces expériences sont résumées ci-dessous.

LECONS APPRISSES DES EXPERIENCES & RESULTATS D'INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

Lutte contre la maladie

6. *Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, l'implication des agents de santé communautaire (ASC) dans la stratégie DOTS a permis de dépister une grande proportion de patients tuberculeux.*
7. *Pour l'éradication du ver de guinée, les acteurs communautaires ont contribué à la surveillance épidémiologique et au maintien des pompes d'hydrauliques villageoises dans les localités endémiques. Cette contribution a conduit à l'arrêt de la transmission du ver de guinée et permet actuellement en phase de post certification d'assurer la veille épidémiologique.*
8. *Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, l'expérience d'équipe de santé élargie aux ASC et impliquée dans les activités communautaires au niveau des ESPC a montré que le modèle de « ASC-Coach » encadrant d'autres ASC favorise une plus grande rétention des PVVIH dans les soins (traitement antirétroviral). En outre, l'expérience de l'observatoire communautaire sur le traitement (RIP+/ITPC) montre le rôle primordial joué par les acteurs communautaires dans le suivi des services liés au VIH et dans l'orientation d'activités ciblées de plaidoyer susceptibles d'améliorer l'accès à des services de qualité, en particulier pour les populations clés sous-desservies (p. ex. les migrants, les adolescents, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les usagers de drogues injectables, les prisonniers et les personnes transgenres).*

Santé maternelle et Infantile

9. *Dans le cadre de la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), l'engagement des groupes de soutien à l'allaitement exclusif dans les activités de nutrition communautaire et de surveillance nutritionnelle a renforcé le dépistage et la prise en charge communautaire des cas de malnutrition aiguë modérée et sévère.*
10. *L'expérience de l'iCCM (Integrated Community Case Management) relative aux services intégrés de prise en charge des principales maladies de l'enfant montre comment les ASC, organisés en réseau selon le paquet d'activités qui leur est confié, peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé*
11. *Les expériences de Distribution à base communautaire des produits contraceptifs (MSHP_PNSME/UNFPA), Ecoles des Maris et Dialogue communautaire montrent la pertinence de l'implication et de la participation de la communauté (à travers les ASC, maris modèles et cellules locales de communication) dans l'amélioration des indicateurs de santé maternelle.*

Vaccination et recherche de perdus de vue

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, la recherche des enfants Perdus de Vue, incomplètement vaccinés, non vaccinés et des femmes enceintes, aux côtés du Programme Elargi de Vaccination (PEV), montre comment l'implication et la participation de la communauté, à travers les ASC, praticiens de la médecine traditionnelle, les volontaires communautaires, et acteurs communautaires des ONG, ont permis d'une part, d'aboutir à l'interruption de la transmission de la poliomyélite et à la certification de son éradication, et d'autre part à rechercher, retrouver et vacciner les enfants perdus de vue.

Expériences de participation multisectorielle

³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2021). *Rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire (dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)*

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

Expériences de co-gestion communautaire des problèmes de santé

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

2.2. - Brève analyse de l'organisation et de la mise en œuvre 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 qui 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 au développement. Quelques constats relevés lors des échanges avec les parties prenantes à la santé communautaire sont résumés dans l'analyse ci-dessous.

2.2.1 - Compréhension de la santé communautaire par les acteurs

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 priorités⁴. 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 chez certaines parties prenantes. Ces dernières résument 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.

2.2.2 - 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) à 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

⁴ Manciaux, M et Deschamps J-P, la santé de la mère et de l'enfant, Flammarion médecine science 1978 p31

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.

2.2.3 - 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.

2.2.4 - 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.

2.2.5 - Mutualisation des efforts des Programmes nationaux et Pérennisation des interventions communautaires

Selon le Directeur Coordonnateur du PNEVG/EA, 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.

2.2.6 - 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 (PSN-SC) 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 PSN-SC 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 octobre 2019 à travers la mise en place et la tenue de rencontres des sous- groupes thématiques.

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 Nationale de Délégation des Tâches en SR/PF", l'« arrêté révisé portant organisation attribution et fonctionnement de la DSC » (en cours de signature), 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.

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 interviennent dans la mise en œuvre de ces plans.

2.2.7- Dynamique des acteurs et prestataires de la santé communautaire

La DSC a mis en place un cadre de concertation multisectorielle semestrielle 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 (DHIS 2) 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.

2.2.8 - Collaboration avec les partenaires au développement

La Côte d'Ivoire entretient de bonnes relations avec ses partenaires techniques et financiers bilatéraux et multilatéraux. Dans le domaine de la santé communautaire, plusieurs partenaires appuient les initiatives de santé communautaire telles que :

1. Le Fonds mondial (lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida) ;
2. Le PEPFAR (lutte contre le VIH/Sida ; observatoire communautaire sur le traitement ; Planification familiale) ;
3. L'UNFPA (distribution à base communautaire des produits contraceptifs ; Ecoles des Maris ; Dialogue communautaire) ;
4. L'OMS, l'UNICEF et le Centre Carter (éradication du ver de Guinée) ;
5. L'OMS, le Rotary International, CDC Atlanta et l'UNICEF (éradication de la poliomyélite) ;
6. La Banque mondiale (nutrition, dividende démographique) ;
7. GAVI (programme élargi de vaccination) ;
8. KfW (marketing social des produits contraceptifs) ;

9. PMI (lutte contre le paludisme) ;
10. L'AFD (établissements sanitaires communautaires / ESCOM) ;
11. L'UNICEF (assainissement total piloté par la communauté) ; etc.

Cependant, on note une insuffisance de rencontres périodiques entre la DSC et l'ensemble des partenaires intervenant dans la santé communautaire.

2.2.9 - Financement des interventions et motivation des acteurs

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

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 ambulatoires⁵ ne représentent que 19 % des dépenses publiques de santé contre 25 % destinées 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.

Qui gère les fonds ?

On note l'absence de 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.

2.3. - 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 décrits dans le tableau ci-dessous :

⁵ 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)

FORCES		FAIBLESSES	
Gouvernance, leadership au niveau communautaire			
12.	<i>Existence d'une volonté politique à travers la prise en compte du volet Santé communautaire dans le PNDS 2021 -2025 et création d'une direction dédiée à la santé communautaire ;</i>	22.	<i>Faible application des textes réglementaires régissant le fonctionnement des comités d'action sanitaire (loi n° 1/009 du 04 juillet 2003 portant modification du décret-loi du 17 juin 1988) ;</i>
13.	<i>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) ;</i>	23.	<i>Absence de document de politique nationale de santé communautaire ;</i>
14.	<i>Le document de politique nationale de santé communautaire en cours d'élaboration ;</i>	24.	<i>Insuffisance de cadre de coordination des activités communautaires au niveau périphérique (district) ;</i>
15.	<i>Participation des représentants des organisations communautaires aux réunions de l'ECD/ERS ;</i>	25.	<i>Faible appropriation des activités de santé communautaire au niveau du district sanitaire ;</i>
16.	<i>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) ;</i>	26.	<i>Faible implication des autorités administratives et des collectivités territoriales, des leaders communautaires dans la mise en œuvre de la santé communautaire ;</i>
17.	<i>Existence du PSGouv ;</i>	27.	<i>Absence de statut des agents de santé communautaires ;</i>
18.	<i>Existence de la stratégie nationale de protection sociale avec la CMU et la gratuité ciblée comme priorités nationales ;</i>	28.	<i>Absence de stratégie harmonisée de motivation des acteurs communautaires ;</i>
19.	<i>Développement de plusieurs interventions et approches de santé communautaire ;</i>	29.	<i>Insuffisance dans la fonctionnalité des COGES ;</i>
20.	<i>Existence d'un modèle type d'ASC pour le pays ;</i>	30.	<i>Faible engagement et autonomisation des communautés.</i>
21.	<i>Existence de COGES dans presque tous les ESPC.</i>		
Ressources humaines en santé communautaire			
31.	<i>Disponibilité d'ASC ayant des capacités renforcées ;</i>	34.	<i>Faible couverture des aires sanitaires en ASC ;</i>
32.	<i>Existence du Guide National de Formation des Agents de Santé Communautaire ;</i>	35.	<i>Insuffisance de supervisions des ASC en quantité et en qualité par les agents de santé ;</i>
33.	<i>Existence d'ASC dans toutes les aires sanitaires.</i>	36.	<i>Faible prise en compte de la prévention et de la promotion de la santé dans les curricula de formation des agents de santé ;</i>
		37.	<i>Faible prise en compte de la notion de gestion d'établissement sanitaire dans les curricula de formation des agents de santé ;</i>
		38.	<i>Faible appropriation du guide national de formation des ASC par les différentes parties prenantes ;</i>
		39.	<i>Multiplicité de types d'agents communautaires abordant des thématiques différentes par rapport au mandat des institutions qui les utilisent ;</i>

	40. <i>Insuffisance de ressources humaines qualifiées en santé communautaire et en promotion de la santé.</i>
<u>Prestations de services au niveau communautaire</u>	
41. <i>Existence du Manuel des Directives du PMA des ESPC intégrant les activités communautaires ;</i>	44. <i>Absence de paquet d'activité standard ou de référentiel national des interventions de santé communautaire ;</i>
42. <i>Disposition des communautés à accueillir toutes les interventions communautaires ;</i>	45. <i>Faible intégration des activités communautaires dans les autres activités du district ;</i>
43. <i>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.</i>	46. <i>Faible utilisation des OSC par la partie étatique pour la mise en œuvre des activités de santé communautaire</i>
<u>Information sanitaire et recherche</u>	
47. <i>Existence d'un système de suivi et évaluation en cascade assuré par les agents de santé (responsables des ESPC, ECD) ;</i>	50. <i>Insuffisance de planification, de coordination et de suivi-évaluation des activités de santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;</i>
48. <i>Disponibilité des outils nationaux de collecte de données communautaires ;</i>	51. <i>Insuffisance de la recherche en santé communautaire ;</i>
49. <i>Existence d'une base de données nationale intégrant les données communautaires (DHIS 2).</i>	52. <i>Insuffisance de supervision des acteurs dans la mise en œuvre de la santé communautaire ;</i>
	53. <i>Faible participation des membres de la communauté dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des activités de santé communautaire ;</i>
	54. <i>Insuffisance d'outils harmonisés de gestion des données des interventions au niveau communautaire ;</i>
	55. <i>Insuffisance dans la gestion (collecte, traitement, analyse, diffusion et prise de décisions) des données des activités communautaires dans les districts sanitaires ;</i>
	56. <i>Insuffisance d'intégration des données de santé du niveau communautaire dans le système national d'information sanitaire (SNIS) ;</i>
	57. <i>Insuffisance de digitalisation des outils de gestion des données.</i>
<u>Médicaments, intrants et équipements</u>	
58.	59. <i>Non-respect du contenu standard du kit de l'ASC par tous les acteurs de la santé communautaire ;</i>
	60. <i>Faible approvisionnement des ASC en médicaments et intrants.</i>
<u>Financement de la santé communautaire</u>	
61.	62. <i>Faible financement du secteur de la santé dans sa globalité par le Gouvernement ;</i>
	63. <i>Insuffisance des ressources allouées aux activités communautaires ;</i>
	64. <i>Utilisation non efficiente des ressources financières disponibles ;</i>

- | | |
|--|---|
| | 65. <i>Absence de développement de mécanismes innovants de financements ;</i>
66. <i>Absence d'approche multisectorielle pour la mobilisation des ressources ;</i>
67. <i>Absence de plan de mobilisation des ressources pour le financement des interventions de santé communautaire</i> |
|--|---|

2.4 – Opportunités et Menaces

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 ci-après.

2.4.1 - Opportunités

Partenariat

1. Existence de mutuelles de développement des villages ;
2. Opportunités d'apprentissage à travers la capitalisation des expériences d'autres pays ;
3. Initiatives sous-régionales en faveur de la professionnalisation des ASC.

Multisectorialité

4. Existence d'un programme de développement communautaire (ministère de la solidarité, de la cohésion sociale et de la lutte contre la pauvreté).

Financement de la santé communautaire

5. Réformes du système de santé en cours telles que le PBF et la CMU ;
6. Adhésion du pays au mécanisme de financement mondial (GFF).

Appui technique et financier

7. Disponibilité des partenaires techniques et financiers (PTF) à soutenir l'approche communautaire.

2.4.2 - Menaces

Qualité des services/motivation des prestataires

8. Substitution des prestataires de soins par les agents de santé communautaires ;
9. Interférence politique, religieuse et administrative dans le choix des ASC, des membres de COGES, etc.

Financement de la santé communautaire

10. Faible financement du secteur de la santé dans sa globalité.

Médicaments, intrants et équipements

11. Non disponibilité du kit de l'ASC et des intrants ;
12. Développement de réseaux parallèles de vente illicite de médicaments.

Appui technique et financier

13. Dépendance des appuis extérieurs pour la mise en œuvre des activités communautaires.

Environnement social et sécuritaire

1. Précarité de la sécurité liée à la menace terroriste.

Environnement sanitaire

2. Insécurité sanitaire liée aux infections émergentes et ré émergents.

2.5 – Défis de la santé communautaire en Côte d'Ivoire

L'analyse de la situation de la santé communautaire montre que des obstacles à la participation de la population à l'amélioration de sa santé existent encore. Ces défis doivent être pris en charge pour garantir la santé et le bien-être de la population afin qu'elle participe efficacement à la croissance et à l'émergence de notre pays. Parmi ces défis, on note :

1. *L'Équité dans l'accès aux interventions de santé communautaire* : Elle induit d'une part l'accès équitable à tous quels que soient le lieu, l'éthnie, 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.
2. *L'Intégration effective de la santé communautaire dans le système de santé publique* : Les concepteurs de politiques publiques de santé reconnaissent que la santé des communautés est déterminée par les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les différentes forces et les différents systèmes jouant sur ces circonstances. Ils prennent systématiquement en compte les aspirations réelles des communautés (grâce à ses représentants) et recherchent toujours des synergies qui évitent les conséquences néfastes des décisions pour la santé.
3. *L'Harmonisation des paquets de services et de formation des acteurs de la santé communautaire* : Les paquets actuels d'intervention sont orientés essentiellement vers les ASC et varient selon le partenaire technique et financier intervenant en fonction de son mandat et ses prérogatives. Il est impératif d'harmoniser les paquets en regard de tous les acteurs communautaires (ASC, bénévoles et autres intervenants engagés dans la communauté).
4. *La 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. Elle doit être pensée de façon multisectorielle et surtout à différents niveaux (communauté - acteurs locaux/régionaux et acteurs nationaux).
5. *La 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).
6. *L'Approvisionnement des ASC en médicaments et produits essentiels* : Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et l'adoption d'un cadre réglementaire s'avèrent nécessaires pour formaliser la dispensation des médicaments et produits essentiels par les ASC en vue d'assurer la pérennisation des efforts.
7. *Le Renforcement du management au niveau de la santé communautaire* : L'analyse situationnelle de la santé communautaire révèle la persistance de « problèmes organisationnels et managériaux »
8. *L'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.
9. *La 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.

⁶Rapport étude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé, obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans

10. *Le 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.

3. - FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

3.1. - Fondements

La politique nationale de santé communautaire (PNSC) sera alignée sur le Plan National de Développement Sanitaire (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 du Plan National de Développement (PND) 2021-2025 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 PND est conforme aux engagements réitérés par l'Etat de Côte d'Ivoire lors de la Rencontre Régionale sur la Santé Communautaire tenue du 17 au 19 Septembre 2019 à Lomé au Togo, et à l'occasion 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* ;

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

3.3. - Valeurs

Cette vision est soutenue par les valeurs suivantes :

1. **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 les actions de développement sanitaires qui les concernent.
2. **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.
 3. **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.
 4. **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.
 5. **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.
 6. **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.
 7. **Universalité** : l'universalité de l'accès aux services sociaux de base prend en compte les écoles, les centres de santé et la communauté.

3.4. - Principes

La vision est guidée par les principes suivants :

1. **Un leadership** communautaire fort
2. **Une meilleure gouvernance** locale du secteur sanitaire
3. **Des prestations de santé de qualité optimale**, intégrées, continues et rationnelles centrées sur la personne,
4. **Le respect des engagements** internationaux,
5. **Le genre** : une santé communautaire inclusive pour prendre en compte les questions spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé ;
6. **La participation communautaire** : une communauté qui prend une part active au diagnostic, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi-évaluation et à la pérennisation des interventions menées pour le bien-être de ses membres dans leur diversité, en s'appuyant sur ses propres ressources avec le soutien des autres parties prenantes ;
7. **L'appropriation** : convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté dans sa diversité prend conscience de ses problèmes de santé, de sa responsabilité et de son rôle pour l'assumer, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions pérennes en matière de promotion, de prévention et de soins curatifs.
8. **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.

4. - OBJECTIFS

4.1 – Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité avec la pleine participation des communautés.

4.2 – Objectifs spécifiques

1. Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire afin de la rendre performante ;
2. Renforcer l'autonomie et les capacités des communautés à gérer leur santé ;
3. Assurer la couverture en services de santé communautaire de qualité à toutes les communautés ;
4. Assurer la pérennisation des interventions communautaires.

5. - ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La synthèse de l'analyse de la situation met en évidence sept (7) orientations stratégiques autour desquelles est articulée la Politique de Santé Communautaire. Ce sont :

1. *Le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ;*
2. *Le renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé ;*
3. *L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par la promotion de la couverture maladie universelle (CMU)*
4. *L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ;*
5. *Le renforcement du Système d'Information à Base Communautaire (SIBC) ;*
6. *La promotion de la recherche et de l'utilisation des données ;*
7. *L'augmentation et l'amélioration de l'efficacité et l'efficience du financement de la santé communautaire y compris la mise à contribution de sources de financements pérennes et innovants.*

5.1. - Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire

Le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire sera renforcé en (i) créant un environnement propice, (ii) renforçant le dispositif local du système de santé, (iii) renforçant les mécanismes de planification des services de santé à base communautaire ; (iv) élaborant un curriculum de formation des acteurs communautaires, et en (v) déterminant un mécanisme standardisé multi source de motivation des acteurs.

5.1.1 - Création d'un environnement favorable à l'intégration de la santé communautaire dans tous les secteurs déterminants de la santé

La composante communautaire faisant désormais partie intégrante du système de santé, son ancrage dans la pyramide sanitaire nécessite le renforcement du cadre institutionnel et réglementaire existant. Les comités de santé constitués par les comités villageois de développement (CVD) et les comités de développement des quartiers ou cités (CDQ/CDC) constituent le dispositif local du système de santé. Les agents de santé communautaire (ASC) qui sont sous la tutelle technique du Ministère en charge de la santé, seront placés, à travers la décentralisation, sous la tutelle sociale des comités de santé (CVD, CDQ/CDC). A cet effet, des textes juridiques (législation/politiques/cadre réglementaire), des normes et des directives seront élaborés pour mieux encadrer le développement des services à base communautaire (SBC). Le suivi et le contrôle de l'application de ces textes et directives seront également nécessaires pour garantir leur respect par les différentes parties prenantes.

5.1.2 -Renforcement du dispositif local du système de santé

Le dispositif local du système de santé sera renforcé en intégrant les ASC et les membres des COGES dans le Comité Villageois de Développement (CVD) et le Comité de Développement de Quartier ou Cité (CDQ/CDC) au sein desquels sont présents les autres acteurs communautaires : les bénévoles des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations à base communautaire (OBC).

Ce dispositif rend visible l'extension du système national de santé au niveau du village et du quartier ou cité de la ville.

C'est une organisation locale de développement et de gestion communautaires des services et soins de santé (préventifs, promotionnels, curatifs et ré adaptatifs). Cette approche vise l'autonomisation et la capacitation de la communauté. La Communauté à travers ses représentants, a le pouvoir de décision et de contrôle local sur toutes les interventions en matière de santé et de développement.

Composition : le dispositif local du système de santé est composé comme suit :

1. *En milieu rural : le comité villageois de développement (CVD), le comité local de pilotage (CLP) et le comité sous préfectoral de l'action sanitaire*

Le CVD est l'organe d'exécution des interventions de santé communautaire, et est composé de l'Agent(e) de Santé Communautaire, des représentants i) des Groupements de défense sanitaire/MIRAH (GDS) ; ii) des mutuelles de développement ; iii) des organisations féminines et masculines ; iv) des ONG locales ; v) des COGES de santé et de l'éducation ; vi) du responsable de gestion eau, hygiène et assainissement ; vii) et tout autre responsable d'un secteur clé.

Il est placé sous l'autorité du **comité local de pilotage (CLP), organe de gouvernance**, présidé par le chef de village et composé des représentants de la notabilité, des guides religieux, et des représentants des différentes communautés du village.

Le CLP est supervisé par le **comité sous préfectoral de l'action sanitaire** présidé par le Sous-Préfet et composé des représentants du conseil municipal et des secteurs clés au niveau de la sous-préfecture : santé, agriculture, éducation, hydraulique, assainissement, eaux et forêts, affaires sociales, etc.

1. *En milieu urbain : le comité de développement de quartier (CDQ) ou de cité (CDC), le comité local de pilotage (CLP) et le comité départemental de l'action sanitaire*

Comme en milieu rural, le CDQ ou CDC est l'organe d'exécution des interventions de santé communautaire en ville.

Le CDQ est composé de l'Agent(e) de Santé Communautaire, des représentants i) des Groupements de défense sanitaire/MIRAH (GDS) ; ii) des mutuelles de développement ; iii) des organisations féminines et masculines ; iv) des ONG locales ; v) des COGES de santé et de l'éducation existant au niveau du quartier de ville ; vi) du responsable de gestion eau, hygiène et assainissement ; vii) et tout autre responsable d'un secteur clé.

Le CDC est composé des membres du bureau du syndicat d'une cité qui en assure la pleine participation des habitants de la cité à la mise en œuvre des activités communautaires dans la cité dont il à la gestion.

Le CDQ ou CDC est placé sous l'autorité du **comité local de pilotage (CLP), organe de gouvernance**, présidé par le chef de quartier ou de cité et composé des représentants des

syndics d'habitations/ de résidences du quartier, des chefs religieux, et des représentants des différentes communautés vivant dans le quartier ou la cité.

Le CLP de quartier est supervisé par **le comité départemental de l'action sanitaire** présidé par le Préfet et composé des représentants du conseil municipal et des secteurs clés au niveau du département : santé, agriculture, éducation, hydraulique, assainissement, eaux et forêts, affaires sociales, etc.

La nouveauté dans la mise en place du dispositif local du système de santé est le positionnement d'un Agent de Santé Communautaire dans tous les villages et quartiers de ville que compte la Côte d'Ivoire.

Organisation et fonctionnement du dispositif local du système de santé (CVD/CDQ/CDC et CLP) : Afin de renforcer la participation communautaire, les organes du dispositif local du système de santé sont organisés et fonctionnent comme suit :

1. Les CVD et CDQ/CDC sont placés sous la tutelle administrative du Conseil municipal de la Commune à laquelle ils appartiennent ; cette tutelle leur permettra de bénéficier du financement de la mairie pour leur fonctionnement, assurant ainsi la pérennisation de leurs activités ;
2. Les CVD et CDQ entretiennent des relations techniques étroites avec les centres de santé et les districts sanitaires de leurs zones d'intervention ;
3. Les comités locaux de pilotage (CLP) sous l'autorité desquels sont placés les CVD et CDQ signent avec les Maires, des accords de partenariat qui précisent les droits et responsabilités de chaque acteur ;
4. Au sein des CVD et CDQ, les ASC et les autres relais communautaires signent des contrats de performance les liant aux centres de santé ou aux districts sanitaires et qui sont validés par les Maires (assurant la tutelle administrative des CVD et CDQ).

5.1.3 -Renforcement des mécanismes de planification des services de santé à base communautaire (SBC)

La planification au niveau communautaire se fera à partir du diagnostic communautaire sur la base des données communautaires, des études/enquêtes qui aboutiront à l'élaboration d'un plan d'action communautaire (PAC). L'ensemble des PAC sera intégré dans les micros plans des ESPC. Ainsi, les données communautaires seront prises en compte systématiquement dans la planification des SBC et intégrées dans le circuit du système national d'information sanitaire (SNIS). Les compétences des acteurs seront renforcées à cet effet. Le renforcement des mécanismes de planification des SBC contribuera au renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé. L'intégration du niveau communautaire au système de santé est un facteur essentiel de succès. Cela suppose la formalisation du suivi et de la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié.

5.1.4 - Elaboration d'un curriculum de formation des acteurs communautaires

Un plan de formation sera mis en œuvre au niveau national sur la base de supports consensuels de formation adaptés ainsi que la nécessité d'un statut clair des ASC.

5.1.5 - Définition d'un mécanisme standardisé multi source de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

Plusieurs sources de motivation des acteurs communautaires doivent être identifiées. Ainsi :

1. La communauté doit constituer la première source qui définit des mécanismes pérennes de motivation des acteurs communautaires, parce que ceux-ci travaillent au service de leur communauté ;
2. Les autorités et les collectivités locales doivent appuyer les mécanismes de motivation des acteurs communautaires, parce que les interventions des acteurs communautaires contribuent à l'atteinte des résultats de santé et de développement local ;
3. Les entités étatiques et les partenaires techniques et financiers (PTF) doivent appuyer dans une approche commune les initiatives locales de motivation des acteurs communautaires, parce que les intervenants communautaires contribuent à l'atteinte des résultats de santé et de développement au plan national.

5.2. - Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé

Les capacités des communautés à se prendre en charge seront renforcées en les aidant à (i) s'approprier les services de santé à base communautaire ; (ii) s'impliquer dans la prise de décision ; (iii) mettre en œuvre une approche communautaire participative et intégrée ; (iv) renforcer le partenariat entre toutes les parties prenantes ; (v) utiliser les services de santé de qualité et à adopter des comportements adéquats.

5.2.1 - Appropriation par les communautés des services de santé à base communautaire (SBC)

Quatre actions aideront à l'appropriation des SBC par les représentants de la communauté :

Plaidoyer pour l'appropriation des SBC auprès des autorités territoriales : Un document de plaidoyer associé à un plan de mise en œuvre sera élaboré et les capacités des familles et des représentants de la communauté seront renforcées pour leur permettre de faire le plaidoyer auprès des autorités élues. Cette activité facilitera l'appropriation des questions de santé et de développement dans leurs collectivités respectives.

Elaboration des documents juridiques pour la participation communautaire : Les textes existant sur les organes de participation communautaire seront révisés et de nouveaux documents juridiques seront élaborés afin de mieux définir la participation communautaire.

Renforcement des capacités des représentants de la communauté : Les représentants de la communauté (CVD, CDQ/CDC, COGES) vont s'impliquer pour mieux gérer les SBC. La formation et le recyclage des différents membres de ces organes seront mis en priorité, sur des thèmes précis d'approches communautaires, de planification et de gestion des SBC. Les modules de formation existants seront révisés à cet effet.

Promotion de l'engagement des leaders et des réseaux communautaires : Un plaidoyer sera mené à l'endroit des leaders communautaires afin de les amener à s'intéresser au développement des SBC dans leur localité. En outre, on les encouragera à s'organiser en réseau de structures représentatives et en plateformes, en fonction des secteurs/domaines d'intervention communautaires, pour mieux agir. (Cf expérience du PN-OEV dans la gestion des plateformes VBG/OEV)

5.2.2 - Renforcement de l'implication des membres de la communauté pour une meilleure représentativité dans les organes de décision

L'efficacité et la durabilité des services offerts dans la communauté sont essentielles et dépendent d'une bonne représentativité de toutes les couches sociales.

Cette représentativité permet l'expression plurielle des opinions et des besoins, et favorise l'identification et la résolution des problèmes réels de toute la communauté notamment des groupes les plus vulnérables tels que : les femmes, les jeunes, les handicapés, les indigents, les porteurs de maladies chroniques, les groupes marginalisés (détenus, travailleurs du sexe, usagers de drogue, LGBTI, etc). Un plaidoyer sera fait auprès des communautés pour des actions d'habilitation à l'égard de ces groupes vulnérables, en vue de mieux les impliquer dans le développement des SBC.

Les critères et les modalités de sélection des représentants des différentes communautés dans les organes de décision seront élaborés ou révisés avec la communauté.

5.2.3 - Développement d'une approche communautaire participative et intégrée

L'approche communautaire participative se fait à travers l'implication de la communauté à toutes les étapes du processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une intervention communautaire : le diagnostic communautaire, la planification, l'organisation, la coordination et le suivi-évaluation.

5.2.4 - Renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes

Ce partenariat se fera à travers le renforcement d'un cadre de concertation multisectorielle des interventions communautaires au niveau central, régional, départemental, communal, sous-préfectoral et villageois. Il doit impliquer les collectivités locales, les régions et districts sanitaires, les autres secteurs de développement, les ONG, les PTF, les communautés, etc.

5.2.5 - Amélioration de l'utilisation des services de santé de qualité et adoption des comportements adéquats favorisant une meilleure santé

Les services de santé communautaire de qualité doivent être disponibles au sein de toutes les communautés. L'accessibilité et la fréquentation des services de santé doivent être améliorées. Cela à travers :

1. Le renforcement des services de santé de proximité pour la prise en charge communautaire des problèmes de santé avec un accent sur les communautés difficiles d'accès ;
2. Le renforcement des capacités de la communauté pour la surveillance basée sur les événements et la gestion des épidémies ;
3. Le renforcement des capacités des organisations de la société civile pour l'évaluation de la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires ;
4. Le renforcement de l'implication des communautés dans la prévention des maladies (transmissibles, non transmissibles, tropicales négligées) ;
5. Le renforcement de la promotion de la santé ;
6. La promotion d'études et d'enquêtes pour mesurer l'adoption des comportements adéquats et pour mesurer la contribution des communautés à l'amélioration des indicateurs de santé.

5.3. – Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires par la promotion de la couverture maladie universelle (CMU)

La Loi n° 2014-131 a institué une couverture maladie universelle (CMU) qui couvre obligatoirement l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire. La CMU démarrée le 1^{er} juillet 2019 est effective depuis le 1^{er} octobre 2019. Elle comprend 2 régimes :

1. Un régime contributif, dénommé Régime général de base (RGB) financé par les cotisations des assurés,
2. Un régime non contributif, dénommé Régime d'assistance médicale (RAM), qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies et dans lequel l'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations et du ticket modérateur.

Les actes de la CMU permettent de prendre en charge les principales problématiques de santé publique rencontrées en Côte d'Ivoire ainsi que leurs traitements médicamenteux à des coûts accessibles à toutes les populations résidant en Côte d'Ivoire.

Bien que la CMU soit obligatoire, elle fera l'objet d'une promotion visant à susciter son intérêt au sein des communautés. La promotion de la CMU sera conduite avec une priorité pour le régime d'assistance médicale (RAM) pour les ménages les plus défavorisés dans toutes les communautés du pays. Elle se fera à travers le dispositif local du système de santé (CVD, CDQ/CDC), prioritairement en direction des travailleurs indépendants des secteurs informels et/ou agricoles, et des personnes sans emploi.

5.4. – Amélioration de la couverture et de la qualité des interventions de santé communautaire

La couverture et la qualité des interventions de santé communautaire seront améliorées en (i) renforçant les capacités techniques et logistiques des professionnels de la santé ; (ii) approvisionnant les ASC en médicaments et intrants ; (iii) intégrant les services à forte implication communautaire dans le paquet minimum de service ; et (iv) renforçant la proximité des structures sanitaires et la gestion des problèmes de santé des communautés.

5.4.1 – Renforcement des capacités techniques et logistiques des professionnels de la santé à offrir des SBC de qualité

Ce renforcement se fera à travers :

1. La formation sur des thématiques spécifiques telles que : la conduite d'un diagnostic communautaire et l'élaboration d'un plan d'action communautaire, les techniques de mobilisation communautaire, la promotion de la santé et le développement communautaire ;
2. La dotation en matériels tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion, etc.

5.4.2 – Approvisionnement des ASC en médicaments et intrants

Cela consiste à renforcer :

1. Les capacités des responsables des aires de santé à la gestion des stocks des médicaments et intrants pour les activités de santé communautaire ;
2. Le suivi de la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et intrants au niveau communautaire ;
3. Les outils de gestion des médicaments au niveau communautaire ;
4. La mise à disposition en quantité suffisante des médicaments et intrants aux ASC ;
5. La mise à disposition en quantité suffisante des médicaments et intrants aux agents de santé superviseurs qui sont identiques à ceux utilisés par les ASC.

5.4.3 - Intégration des services à forte implication communautaire dans le paquet minimum de services

Il s'agit d'ajouter au paquet standard de services, le dialogue communautaire, le diagnostic communautaire, la planification participative des actions communautaires, etc. pour renforcer la demande et l'offre de services de qualité.

5.4.4 - Renforcement de la proximité des structures sanitaires et la cogestion des problèmes de santé des communautés

Cette intervention consiste à :

1. Promouvoir au niveau national les modèles d'établissement sanitaire géré par la communauté, qui ont fait preuve d'efficacité et/ou d'efficience ;
2. Améliorer le fonctionnement des ESCom ;
3. Renforcer le leadership des autorités sanitaires dans le suivi des activités des ESCom.

5.5. – Renforcement du système d'Information à Base Communautaire (SIBC)

Le système d'Information à Base Communautaire est renforcé à travers (i) l'intégration des données de santé communautaire dans le SNIS ; (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation ; (iii) la promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire ; (iv) la promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire ; et (v) le renforcement de la supervision, et du coaching des acteurs de la santé communautaire ; (vi) le renforcement du suivi et du monitoring des activités communautaires ; et (vii) l'implémentation et la mise à échelle de la digitalisation des outils de gestion des données communautaires.

5.5.1 - Intégration des données de santé communautaire dans le SNIS

Elle consistera en :

1. La mise à disposition des outils de collecte des données au niveau communautaire par la partie étatique ;
2. La formation de tous les acteurs (superviseurs des ASC, ASC, ECD, ERS) ;
3. La collecte, l'analyse et la transmission des données de santé communautaire.

5.5.2 - Elaboration et mise en œuvre d'un plan national de suivi et évaluation des interventions

Elle consistera à définir les indicateurs de suivi communautaire

5.5.3 - Promotion de la recherche opérationnelle en matière de santé communautaire

Elle se fera à travers des partenariats avec les institutions de formation et de recherche. Cela aidera les intervenants communautaires à mieux utiliser les résultats de leurs actions pour améliorer les pratiques et accroître les chances d'adoption de nouveaux comportements par les cibles.

5.5.4 - Promotion du partage des bonnes pratiques en santé communautaire

Elle se fera par l'organisation de rencontres, réunions et visites d'échanges régionales, départementales, nationales et internationales.

5.5.5 - Renforcement de la supervision, et du coaching des acteurs de la santé communautaire.

Cela consistera en :

1. La supervision et le coaching des membres de l'ERS par le niveau central (DSC, Programmes nationaux de santé et partenaires techniques et financiers) ;
2. La supervision et le coaching des membres de l'ECD par l'ERS ;
3. La supervision et le coaching des agents de santé par l'ECD ;
4. La supervision et le coaching des acteurs communautaires par les agents de santé.

5.5.6 – Renforcement du suivi et du monitoring des activités communautaires

Il se fera à travers la conduite systématique des monitorages semestriels par les districts sanitaires. Cela leur permettra d'analyser les indicateurs de santé et de prendre des décisions pour leur amélioration.

5.5.7 – Implémentation et mise à échelle de la digitalisation des outils de gestion des données communautaires

Cela consistera en :

5. La digitalisation des outils primaires de collecte et de gestion des données communautaires ;
6. La dotation des ASC et des agents de santé en outils et matériels de TIC ;
7. La mise en réseau de l'outil de digitalisation avec le logiciel DHIS2.

5.6. – Promotion de la recherche et de l'utilisation des données

5.6.1 – Développement de la recherche sur les SBC

Sous le contrôle du MSHPCMU et en collaboration avec des institutions de formation ou de recherche, des études seront réalisées en partenariat avec les acteurs concernés. Les priorités de recherche sur les SBC seront identifiées et des protocoles seront élaborés et exécutés par le MSHPCMU et ses partenaires.

A cet effet, les capacités du personnel du MSHPCMU et des autres parties prenantes seront renforcées dans le domaine de la méthodologie de la recherche à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour mieux les impliquer dans la résolution de problèmes sur les SBC. Des journées scientifiques sur la santé communautaire seront organisées.

5.6.2 – Utilisation des données probantes sur les SBC

Une bonne documentation sur les bonnes pratiques et des leçons apprises en matière de santé communautaire en Côte d'Ivoire comme ailleurs sera mise en place et enrichie continuellement. Les données probantes seront diffusées et utilisées pour la prise de décision. Toute intervention de santé à base communautaire s'inspirera des évidences scientifiques portant sur des sujets similaires.

5.7. – Augmentation et amélioration de l'efficacité et de l'efficience du financement de la santé communautaire

La PNSC sera mise en œuvre à travers les plans stratégiques qui nécessiteront des ressources financières importantes. Il en résulte la nécessité de diversifier les sources de financement en insistant sur celles qui sont pérennes et innovantes.

5.7.1 – Diversification des sources de financement

Pour financer les SBC, plusieurs sources de financement sont envisagées.

1. Le gouvernement ivoirien a la principale responsabilité qui consiste à :

- mobiliser ses fonds propres (notamment l'augmentation du budget alloué à la santé communautaire, et une meilleure allocation à la santé communautaire de la part du budget de la santé, car seul le volet fonctionnement est pris en compte et non la mise en œuvre des activités proprement dites) ;

- institutionnaliser et financer des lignes budgétaires destinées aux activités communautaires dans les budgets des Ministères concernés par la Santé Communautaire, de leurs Directions régionales, Départementales et Districts Sanitaires ;

- soumettre et suivre la mise en œuvre des projets de santé communautaire au Programme d'Investissement Public (PIP) ;

- diversifier les sources et développer des mécanismes locaux de financements :

1. Stratégies et interventions pour la sécurisation du financement ;

1. *Extension progressive du financement basé sur la performance (FBP) au niveau communautaire dans tous les Districts Sanitaires*

2. *Mise à contribution des sources de financement alternatives*

i. Cartographie des sources de financement alternatives de la santé communautaire (incluant l'étude de la volonté et du niveau de contribution des sources de financement alternatives) ;

ii. Plaidoyer auprès de l'Etat, des PTF, des entreprises privées, des ONG internationales et nationales, des Associations de développement, et des Conseils régionaux et municipaux pour la mise à disposition des financements alternatifs y compris une proposition de clé de répartition des taxes sur l'alcool, le tabac, les billets d'avion, les droits de passage à l'aéroport, les postes de péage, les sociétés implantées au niveau local, les associations d'immigrés, les revenus de la téléphonie mobile et autres technologies de l'information et de la communication, les mesures incitatives pour renforcer la participation financière des populations dans la limite de leurs possibilités, et les journées portes ouvertes ;

iii. Mise en place des protocoles d'entente (Memorandum of Understanding - MOU) entre les fournisseurs de ressources et les prestataires de services de santé communautaire, des procédures administratives et financières de gestion des financements alternatifs de la santé communautaire ;

iv. Utilisation, suivi et reddition des comptes.

1. De façon spécifique pour les Communes et Conseils régionaux, il faut :

1. Créer une ligne budgétaire programme communautaire dédiée aux activités de santé communautaires ;

2. Mettre en place un panier commun au niveau des Mairies et Conseils régionaux pour financer les activités communautaires ;
3. Mettre en cohérence les plans communaux/régionaux de développement avec la stratégie de financement de la santé communautaire ;
4. Elaborer et mettre en place des mécanismes pour la culture de partage de risque et la culture de prépaiement des soins par la communauté.

- encourager l'autonomisation des mutuelles à base communautaire pour mieux prendre en charge les dépenses de santé au niveau local ;

-encourager le partenariat public – privé dans le domaine de la santé communautaire ;

- assurer de façon régulière la supervision des organes de gestion de manière à veiller à l'amélioration de la gestion des ressources et prendre les mesures idoines pour corriger les manquements ;

5. En outre, un plan de mobilisation de ressources sera élaboré de façon concertée avec tous les acteurs à savoir l'Etat, les partenaires techniques et financiers et les partenaires du secteur privé ainsi qu'avec les communautés actrices & bénéficiaires.

5.7.2 – Renforcement du plaidoyer pour l'accroissement du financement des activités de santé communautaire

Le MSHPCMU à travers la Direction en charge de la Santé Communautaire fera un plaidoyer (à partir d'un document de plaidoyer qu'il aura élaboré) en vue de mobiliser les ressources suffisantes et adéquates, auprès :

- des populations notamment pour le financement de la motivation des acteurs communautaires et de la prise en charge des indigents ;
- des PTF et autres sources potentielles de financement pour la mobilisation de ressources additionnelles.

Les activités seront intégrées dans les plans annuels des structures de mise en œuvre des SBC et financées de commun accord entre le gouvernement, les communautés et les PTF selon les différentes sources de financement disponibles.

5.7.3 – Développement de mesures de pérennisation des acquis

La pérennisation repose sur une assistance et un renforcement continu du système de santé intégrant le niveau communautaire (comités locaux, mutuelles de développement, associations, création d'AGR collective, etc.).

Les accords de partenariat entre le Ministère en charge de la Santé et les collectivités locales sont des stratégies visant à mettre en place un mécanisme de pérennisation qui implique les autorités locales et les leaders communautaires dans la recherche de ressources. Le renforcement du partenariat entre collectivités locales et districts sanitaires est fondamental pour assurer une meilleure optimisation des ressources en faveur des activités de santé communautaire.

Un plan de pérennisation des interventions communautaires sera développé et prendra en compte entre autres, l'habilitation des communautés dans la réalisation des activités communautaires (l'autonomisation des communautés, le renforcement des capacités techniques et matérielles, la formation...)

6. - MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION

6.1 - Cadre institutionnel de mise en oeuvre

Les orientations de la Politique de santé communautaire seront soutenues par un leadership fort, un management approprié et une bonne gouvernance à tous les niveaux. Les rôles et responsabilités des différents acteurs à tous les niveaux ainsi que leurs relations sont définies ci-après.

6.1.1 - Niveau Central

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.

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

C'est un organe de coordination des interventions de santé communautaire qui regroupe les représentants du MSHPCMU, les partenaires techniques et financiers, les partenaires de mise en oeuvre, les organisations de la société civile, ainsi que tous les autres ministères et institutions concernés par la santé communautaire.

Il a pour mission d'assurer la coordination de la mise en oeuvre de la stratégie et des interventions de santé communautaire.

L'organisation, la composition et le fonctionnement du **Cadre de Concertation Permanent** sur les interventions de santé communautaire feront l'objet d'un arrêté interministériel.

Cet organe relève du CNAS et veille à la mise à jour régulière de la cartographie des acteurs de santé communautaire. Il constitue le comité technique de suivi de la PNSC.

Direction de la Santé Communautaire

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle à travers la Direction de la Santé Communautaire (DSC) assure la planification, la coordination de la mise en oeuvre et le suivi-évaluation des actions notamment l'élaboration 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 veillera à la prise en compte des SBC dans les différents documents stratégiques du niveau central pour en assurer la cohérence et la synergie au sein du système de santé. A cet effet il sera mis en place au sein du ministère de la santé, un cadre de coordination interne entre la DSC et les autres directions et programmes de santé qui ont des volets communautaires de santé.

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

6.1.2 - Niveau Régional

Le Comité Régional de l'Action Sanitaire

Le Comité Régional d'Action Sanitaire a pour mission de faire la revue régionale de l'exécution du PNDS, de réaliser la synthèse de l'état d'avancement dans la région des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires et, en particulier, des programmes d'hygiène publique, de faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire régional. Ce comité est présidé par le Préfet de région et son secrétariat assuré par le Directeur Régional du Ministère en charge de la Santé.

La direction régionale de la santé

La direction régionale de la santé est chargée de la coordination des activités de santé communautaire au niveau régional.

La direction régionale de la santé assure à cet effet le renforcement des capacités des acteurs pour le développement de la santé communautaire.

La direction régionale désigne en son sein un coordonnateur des activités communautaires (CAC) dont la mission principale est d'assister le Directeur Régional dans la coordination des actions de santé communautaire au sein du Comité Régional de l'Action Sanitaire.

6.1.3 - Niveau District

Le Comité Départemental de l'Action Sanitaire

Le Comité Départemental d'Action Sanitaire a pour mission de faire la revue départementale de l'exécution du PNDS, notamment de coordination de tous les services concourant à l'amélioration de l'état de santé des populations, d'examiner l'état d'avancement dans le département des programmes nationaux de lutte contre les pathologies prioritaires et, en particulier, des programmes d'hygiène publique, de vérifier la mise en œuvre effective du PMA dans toutes les formations sanitaires du département, de faire toute recommandation utile à une meilleure efficacité du système sanitaire départemental.

Ce comité est présidé par le Préfet de département et son secrétariat assuré par le Directeur Départemental du Ministère en charge de la Santé.

La direction départementale de la santé 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 y compris celles des différentes Organisations de la société civile au niveau départemental. La direction départementale désigne en son sein un coordonnateur des activités de santé communautaire dont la mission principale est d'assister le Directeur Départemental dans la coordination des actions de santé communautaire au sein du Comité Départemental de l'Action Sanitaire.

L'aire de santé

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

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

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

Le 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 interventions. Par ailleurs, la participation des usagers, peut également contribuer à l'amélioration de la qualité des services sanitaires. Cela se fait à travers les autorités coutumières, des organisations comme les comités de gestion (COGES) des établissements sanitaires, les Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier ou de Cité (CDQ/CDC).

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

Le CVD ou le CDQ/CDC 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.

6.2 - Suivi Evaluation

La politique nationale de santé communautaire se déclinera dans des Plans Stratégiques quinquennaux (PSN-SC) et plans opérationnels annuels de Santé Communautaire qui feront l'objet de plans de suivi-évaluation réguliers élaborés par le sous-groupe thématique suivi -évaluation du cadre de concertation permanent.

Le suivi sera également assuré au niveau régional (ERS), district (ECD) et communautaire (CVD, CDQ/CDC).

Le suivi des activités communautaires sera assuré grâce à l'intégration de la collecte des données dans le circuit du système national d'information sanitaire.

Une étude évaluative sera conduite à la fin de la mise en œuvre de chaque plan stratégique, pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la PNSC.

Des évaluations externes complèteront les évaluations internes. Une évaluation de la politique se fera au moins tous les 5 ans, pour déterminer le niveau de satisfaction des communautés et mesurer l'impact des SBC sur la santé de la population.

7 - HYPOTHÈSES ET GESTION DES RISQUES

Le MSHPCMU, en collaboration avec ses partenaires, assurera une gestion appropriée des risques éventuels liés à la non-réalisation des hypothèses formulées ci-après :

7.1. Environnement international

La reconnaissance du rôle de la composante communautaire dans l'amélioration de la santé se traduit par un intérêt de plus en plus marqué des pouvoirs publics et des organisations internationales qui s'intéressent aux Services à Base Communautaire, notamment depuis la Conférence du Millénaire pour le développement, en septembre 2015.

Cet environnement est propice au développement des SBC par la mobilisation suscitée autour des ODD relatifs à la bonne santé et au bien-être. Toutefois, la non-atteinte de ces objectifs à l'horizon 2030 pourrait entraîner un changement d'orientation politique à l'échelle mondiale qui pourrait réorienter, freiner ou annihiler les efforts entrepris dans le développement des Services à Base Communautaire.

7.2. Environnement national

La survenue des crises socio politiques, des menaces terroristes, des infections émergentes et ré émergentes (telles que la maladie à virus EBOLA et la COVID-19), et des catastrophes naturelles peuvent influencer la mise en œuvre de certaines activités communautaires.

Pour pallier cela, un plan de contingence prenant en compte ces menaces sera élaboré.

7.3. Adhésion des partenaires techniques et financiers

La mise en œuvre de la PNSC nécessitera la pleine adhésion des PTF aux actions définies dans cette politique. Elle représente une condition essentielle à leur engagement à accompagner la mise en œuvre de cette politique. A l'opposé, leur manque d'adhésion pourrait compromettre l'atteinte des résultats escomptés du fait d'une faible mobilisation des ressources nécessaires au financement des plans stratégiques de mise en œuvre de la PNSC.

7.4. Engagement des parties prenantes

L'engagement de toutes les parties prenantes à tous les niveaux est la condition essentielle pour le succès de cette politique. Il concerne l'élaboration et la mise en œuvre de la PNSC.

Le non-respect des engagements par les acteurs en particulier l'Etat et les communautés pourrait compromettre l'atteinte des objectifs de cette politique.

7.5. Cadre institutionnel

La réussite de la PNSC repose sur un cadre institutionnel performant. A ce titre, la stabilité et le renforcement des capacités des différentes structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre sont fondamentaux pour l'opérationnalisation des missions qui leur sont assignées. A l'inverse, la faiblesse de coordination des actions, du leadership des structures de régulation et l'instabilité du cadre institutionnel limiteront gravement l'atteinte des objectifs de la PNSC.

CONCLUSION

L'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire est l'aboutissement d'un long processus d'expérimentation et d'analyse participative des leçons tirées des expériences antérieures. Elle a bénéficié de l'engagement et de la mobilisation de tous les acteurs du système de santé depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique.

La Politique nationale de santé communautaire doit permettre une offre des services à base communautaire de qualité et accessibles aux communautés. Elle doit contribuer à l'atteinte des ODD, notamment les ODD 1 et 4, par la réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité des populations particulièrement des groupes vulnérables, dont les plus pauvres, les femmes et les enfants.

La politique telle que présentée répond non seulement aux défis mis en évidence par les multiples expériences de santé communautaire mais aussi aux besoins d'autonomisation des communautés vivant en Côte d'Ivoire en matière de développement sanitaire et de contrôle sur leur santé.

La PNSC garantit à chaque ivoirien(ne) l'accès à des services de santé de proximité, abordable et de qualité.

Cette politique présente dans ses grandes lignes les stratégies à suivre et les interventions à mettre en œuvre dans les dix années à venir. Ces stratégies et axes d'interventions devront être opérationnalisés à travers un plan stratégique national de santé communautaire et l'élaboration de Plans Opérationnels Budgétisés.

La PNSC traduit la volonté du Gouvernement de Côte d'Ivoire d'améliorer la performance du système national de santé.

Enfin, le document de politique constitue un précieux instrument de plaidoyer auprès du Gouvernement, des Elus locaux, des PTF, des OSC et ONG afin qu'ils reconnaissent la santé communautaire comme une priorité pour améliorer le bien-être des populations, et qu'ils mobilisent en conséquence les ressources requises pour sa mise en œuvre.

L'engagement à tous les niveaux de toutes les parties prenantes (société civile, collectivités territoriales, communautés, personnel de santé, secteur privé et partenaires), est le déterminant le plus important du succès de la politique nationale de santé communautaire.

Annexe 1 : Glossaire

Santé

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

Santé publique :

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

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

Communauté

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partageant une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont, dans une certaine mesure, conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire⁷.

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 priorités⁸.

Participation communautaire

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

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

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

Interventions à Base Communautaire (IBC)

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

⁷ OMS 1999. Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 25 p.

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

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

Activités à Base Communautaire (ABC)

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

Intégration des interventions

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

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

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

Acteurs de la santé communautaire

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

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

Professionnel de santé :

Il s'agit d'une personne ayant suivi avec succès des formations initiales en médecine, en pharmacie, en para-médecine ou en parapharmacie. En outre, elle est titulaire d'une nomination signée par une autorité compétente de l'organisme employeur.

Agents de Santé Communautaire (ASC)

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

Relais communautaires

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

Il peut s'agir d'une mère à qui l'on a appris à prendre en charge son enfant et qui en plus peut sensibiliser ses consœurs ; d'un éducateur de pair, d'un chef religieux ou de tout autre leader d'opinion, d'un groupement/association de femmes, de membres des Comités Villageois de Développement (CVD) et de Comité de Développement de Quartier (CDQ), de Comités de Santé, de Comités de Gestion (COGES) des établissements de santé, de praticiens de médecine traditionnelle préalablement sensibilisés ou formés à cet effet.

Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT)

Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités et dispenser des soins de santé grâce à des traitements

spirituels, des techniques manuelles et des exercices et /ou l'emploi de substances d'origine végétale et ou animale.

Bénévolat

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

Volontariat

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

Approches de santé communautaire

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

Promotion de la santé :

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

Comité de santé

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

Comité de Gestion (COGES)

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

Assainissement total piloté par la communauté

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

Hygiène

L'OMS définit l'hygiène comme étant les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies. Selon la stratégie nationale de promotion de l'Hygiène, elle est considérée comme « l'ensemble des mesures simples, pratiques, peu coûteuses, acceptables pour les bénéficiaires, réalistes et facilement réalisables par eux et permettant ainsi d'améliorer leur cadre de vie et leur santé ».

Leader naturel⁹

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

Normes sociales

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

Législation/Politiques

Il s'agit là de l'existence et de la mise en œuvre des lois et des politiques à différents niveaux de la société. Dans chaque pays, nous devons concentrer notre suivi sur les questions d'ordre juridique et sur les politiques qui promeuvent ou gênent nos objectifs. Dans certains cas, la législation nationale peut être un facteur déterminant; dans d'autres cas, le cadre des politiques infranationales peut être un goulot d'étranglement crucial.

Assainissement : Ensemble des techniques d'évacuation et de traitement des eaux usées et des boues résiduaires.

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, (2021). *Rapport de l'analyse de la situation de la santé communautaire (dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire de Côte d'Ivoire)*
12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2017). *Plan stratégique national de la santé communautaire 2017-2021*

13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DSC, (2020). *PAO 2020 Santé Communautaire*
14. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2015). *Cadre national de mise en œuvre des interventions à base communautaire*
15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2019), Financement de la santé, *Dossier d'investissement 2020-2023*
16. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020,*
17. 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*
18. OMS (2017). Programmes d'agents de santé communautaire dans la région africaine de l'OMS : *Données factuelles et options – Note d'orientation*
19. OMS (1978). Les Soins de santé primaires, *Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Alma-Ata*
20. OMS (2010). *Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde*
21. OMS, *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*
22. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*
23. Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé (1997). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle*
24. République du Bénin, Ministère de la santé, Direction nationale de la santé publique. *Politique nationale de la santé communautaire*
25. 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*
26. 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*
27. 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*
28. 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)*

29. Troisième conférence mondiale sur la promotion de la santé (1991). Des environnements favorables à la santé : *La déclaration de Sundsvall*
30. UNICEF (2019). *Rapport d'analyse, Politiques et programmes de santé communautaire en Afrique de l'ouest et du centre*

Annexe 3 : Participants à l'atelier de validation de la politique nationale de santé communautaire

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	E-Mail	Tel
01	Pr SAMBA Mamadou	DGS	DGS		05 66 76 29 58
02	Dr KADJA Adjoba Françoise	DSC	Directrice	kadja.francoise@dsccom-ci.org	07 08 14 41 99
03	Dr AFFOU Fulgence Roland	DSC	Sous-Directeur des SSP	fulgence.affou@dsccom-ci.org	07 77 05 74 70
04	Dr YAO Amlan Sandrine A.	DSC	Sous-Directrice CAH	yao.amlan@dsccom-ci.org	05 65 45 77 76
05	Dr OKO Ruben	DSC	Chef de service promotion des SSP	oko.ruben@dsccom-ci.org	07 07 95 21 08
06	KOUAKOU Kan Nestor	DSIM	Sous-Directeur des SI	kouakoukannestor@gmail.com	07 07 96 47 19
07	BROU Kouamé Désiré	PNSME	Infirmier Spécialiste	broukdesire@yahoo.fr	07 08 51 68 90
08	YEO Tiélougo Chantal	DPPS	Chargé d'Etudes	yeotielougochantal@gmail.com	07 77 57 70 40
09	Dr GBALE Yavo Joel Blanchard	DDS Tiassalé	Médecin CSAS	gbalejoel15@gmail.com	07 49 58 00 92
10	DIABAGATE Aminata Epse OUATTARA	PNDC	Conseillère Technique	aminatad29@yahoo.fr	07 07 87 23 80
11	KPAÏ Henri	PSI / IM	Chef de bureau	mkpai@psi.org	07 68 02 60 13
12	Dr OFFIA Coulibaly Madiana	ALLIANCE CI	Directrice Exécutive	moffia@allianceci.org	05 06 66 86 81
13	ZIKEHOULI Digbeu Luc	FENOS-CI	Chargé de plaidoyer/Chef de Projet	digbeuluc@fenosci.org	07 09 71 88 93
14	Dr KOFFI Oura Affi Yao Olivier	DS Minignan	DDSHP	koffioura80@yahoo.fr	07 07 27 76 72
15	KOUASSI Haudy Stanislas Arsène	ASAPSU	Chef de Projet	stanhaudy@gmail.com	07 88 83 82 81
16	MATHIEU Hiè	MDM	Chef de projet	abidjan.rci@medecinsdu monde.net	07 79 78 38 96

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	E-Mail	Tel
17	Dr ATTE Flora Carine	DS Jacquville	DD	atte.flora@gmail.com	05 05 60 74 44
18	Dr TOURE Lancina Dit Tot	PNPMT	Chargé d'Etude	touretot@hotmail.com	05 46 39 98 38
19	Dr GOKOU Oboho Sébastien	DRSHP PORO	DRSHP	sebastiengokou@yahoo.fr	05 64 38 74 13
20	Dr SOW DIAKITE Alimata	UNICEF	Responsable Communautaire	alisow@unicef.org	05 85 63 89 09
21	Dr TRAORE Youssouf	INHP	MEDECIN	traore_youl@yahoo.fr	07 07 67 69 74
22	Dr BALOU Solange	ANADER	Coordonnateur Technique santé	solange.balou@yahoo.fr	07 07 90 47 47
23	TOKOU Bossoma Jeannette	DIIS	Responsable CATSIS	tokoubossomajeannette@yahoo.fr	05 46 00 57 12
24	KACOU Kanga Julie	DC-PEV	Chargée de Communication	juliekacouk@gmail.com	07 58 93 81 66
25	KOULATE Mireille Ange Epse Dohou	PN-OEV	IPES, Chargé de formation	mipakou1812@gmail.com	07 07 8159 58
26	LAMBERT DOUAT	ALLIANCE-CIV	CRCP	ldoua@allianceciv.org	05 55 83 83 83
27	SAY Somian Daniel	CARITAS-CI	RSE, Chef des Opérations	somdanysay@yahoo.fr	07 59 56 27 49
28	Dr OULA Inka Ange	DSC	Médecin	docteuroula2000@yahoo.fr	07 08 24 96 41
29	DAFFE Karidja	IRC	Senior Manager	KaridjaKone.Daffe@rescue.org	05 54 23 77 25
30	Dr SILUE Mamadou	PSI / IM	Conseiller Technique	msilue@psici.org	07 87 59 19 73
31	Dr KONE Kane Nakéré	DDS ZOUAN-HOUNIEN	DDSHP Représentant DR TONKPI	Kone.kane@yahoo.fr	07 47 32 76 76

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	E-Mail	Tel
32	Dr OMONO Martin	MEDECIN DAP	MEDECIN	Mart_omonoz@yahoo.fr	05 65 96 84 42
33	KOUAME Antoine	Breakthrough ACTION	CT Paludisme	akouame@breakthroughactionci.org	07 49 75 68 66
34	TOURE Brahiman	DSC	Tech. Sup en Santé	touebrahiman@gmail.com	05 85 26 61 84
35	Dr Firmin ZOKORA	DSC	MEDECIN	firmin.zokora@dsccom-ci.org	05 46 41 08 30
36	TRAORE Seydou	DSC	Chef de service Communication et Informatique	Seydou.traore1@dsccom-ci.org	07 48 28 87 86
37	OUATTARA Gneweyoho	DSC	Secrétaire de Direction	ouattaragneweyoho@yahoo.fr	07 48 99 01 63
38	OUREGA Koudou Albert	PSI / CI	Chauffeur	kourega@psici.org	07 48 60 25 03
39	ALAIN Somian	RIP+	DIRECTEUR	bealy4@yahoo.fr	01 03 19 00 23
40	BAMBA Mariama Nankoya	HP+	Point Focal Pays CI	nakoyab@gmail.com	01 41 69 43 94
41	Dr ZOUZOUA Charle E.	R4D/Accélérateur	CONSULTANT	czouzoua9@gmail.com	05 06 16 89 53
42	Dr KLAHO Hugues	DSC	MEDECIN	chairmanhoms@gmail.com	07 58 88 65 45
43	AMIDJO Alla Séraphin	PNSSU-SAJ	ASSISTANT SE	seraphinalla5@gmail.com	01 03 36 71 38
44	CHERIF Laciné Aidara	UVICOCI	SG Mairie	claidara10@gmail.com	07 77 71 23 94
45	PIEKOURA Jean Claude A	PMESMECI	Journaliste	piekourarajc@GY1FM	07 07 18 43 41
46	KOUADIO Bienaimé I.	DRHS	Informaticien	kouadio.bienaime@gmail.com	01 72 70 73 75

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	E-Mail	Tel
47	Dr DZADE Koffi Benjamin	PNLMN/PMMT	Médecin en Santé Publique	koffidzade@gmail.com	07 08 02 58 12
48	LOGBOU Ake Jean Paul	DSC	CHAUFFEUR		07 07 44 37 51
49	Dr MOULOD Sampah Sandra	UNFPA	Chargé Programme VIH et Mobilisation communautaire	moulod@unfpa.org	07 08 08 80 58
50	Dr Eugène KADIA	PNLS	Médecin	Kadia.eugene@pnls-ci.com	07 07 05 39 05
51	KONE Nazehe D.	ROLPCI	Responsable S/E	konenazehe@yahoo.fr	01 01 69 35 11
52	Dr. DJOMAN Jean-Marc	SAVE THE CHILDREN	Health and Nutrition Advisor	Jean.djoman@savethechildren.org	07 89 04 48 08

Partenaires techniques et financiers ayant contribué à l'élaboration de la Politique Nationale de Santé Communautaire :

