



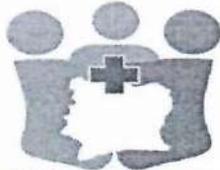
MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE  
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

## RAPPORT D'ATELIER

**VALIDATION DES RAPPORTS DES ACTIVITES DES AGENTS  
DE SANTE COMMUNAUTAIRES (ASC) ET DE SUIVI DE LEURS  
SUPERVISEURS (IDE/SFDE) DES TRIMESTRES 2 ET 2 DE 2022**

**DANS LE CADRE DU PROJET C2D/UNICEF VOLET  
COMMUNAUTAIRE**

**“Appui à l'amélioration de la demande et de l'offre de soins et services  
de santé maternelle, néonatale, infantile et de nutrition”**

**Régions Sanitaires de : Poro, Tchologo, Bagoué, Bounkani, Gontougo,  
Kabadougou et Folon**

**07 au 14 août 2022**

Rapport validé par : la Directrice de la Santé Communautaire



**Dr KADJA Adjoba F.**

unicef  pour chaque enfant

## TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES .....	I
Liste des Tableaux.....	II
Introduction .....	1
I. RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE .....	3
1.1 Contexte et Justification .....	3
1.2 But et Objectifs.....	4
1.2.1 But.....	4
1.2.2 Objectif général.....	4
1.2.3 Objectifs spécifiques .....	4
1.3 Résultats et Livrables attendus .....	4
1.3.1 Résultats attendus.....	4
1.3.2 Livrables attendus .....	5
1.4 Méthodologie.....	5
1.5 Durée et lieu de l'atelier .....	8
1.6 Participants à l'atelier .....	8
1.7 Modalités de prise en charge des participants .....	8
1.8 Organisation des sessions de validation des rapports.....	9
1.8.1 Session 1 de l'atelier de validation de rapports.....	9
1.8.2 Session 2 de l'atelier de validation de rapports.....	9
1.8.3 Participants niveau central .....	10
1.8.4 Participants Partenaires .....	10
1.9 Modalités de prise en charge des participants .....	11
II- DEROULEMENT DE LA MISSION.....	11
2.1 Préparation de la missions de validation .....	11
2.2 Cérémonie d'ouverture .....	11
2.3 Résultats obtenus au cours de la mission.....	13
2.3.1 Présentation des outils pour la validation des rapports.....	13
2.3.2 Résultats généraux liés à la complétude des rapports (Rapports produits/Rapports attendus) .....	14
2.3.3 Résultats généraux obtenus.....	20
2.3.4 Résultats spécifiques d'analyse de rapports de quelques Districts.....	21
2.3.5 Analyse de la complétude et de la promptitude du rapportage.....	21
2.3.6 Utilisation des données communautaires au niveau ESPC et District .....	22
2.4 Principaux constats .....	23
2.4.1 Mobilisation des acteurs et rapportage des activités communautaires .....	23
2.4.2 Points forts de la gestion des données communautaires .....	24
2.4.3 Points à améliorer de la gestion des données communautaires .....	24
2.5 Difficultés rencontrées.....	25

2.5.1 Difficultés inhérentes au système .....	25
2.5.2 Difficultés courantes de mise en oeuvre .....	25
2.7 Recommandations .....	26
2.8. Cérémonie de clôture.....	29
Conclusion.....	29
ANNEXES .....	III

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>ASC</b>	: Agents de Santé Communautaire
<b>CAC</b>	: Coordonnateur des Activités Communautaires
<b>C2D</b>	: Contrat de Désendettement et de Développement
<b>COGES</b>	: Comité de Gestion
<b>CPNr</b>	: Consultation Pré Natale recentrée
<b>CSAS</b>	: Chargé du Service de l'Action Sanitaire
<b>CSE</b>	: Centre de Surveillance Epidémiologique
<b>CSR</b>	Centre de Santé Rural
<b>CSU</b>	: Centre de Santé Urbain
<b>DDSHPCMU</b>	: Direction Départementale de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
<b>DHIS2</b>	: District Health Information System 2
<b>DR</b>	: Dispensaire Rural
<b>DS</b>	: District Sanitaire
<b>DSC</b>	: Direction de la Santé Communautaire
<b>ECD</b>	: Equipe Cadre de District
<b>ERS</b>	: Equipe Régionale de Santé
<b>ESPC</b>	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
<b>IDE</b>	: Infirmier (ière) Diplômé e d'Etat
<b>MSHPCMU</b>	: Ministère de le Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PEV</b>	: Programme Elargi de Vaccination
<b>PFE</b>	: Pratiques Familiales Essentielles

<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNLT</b>	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PNN</b>	: Programme National de Nutrition
<b>PNSME</b>	: Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>PSI/PMI</b>	: Population Service International/ Initiative du Président Américain de Lutte contre le Paludisme
<b>PSN</b>	: Plan Stratégique National
<b>RASS</b>	: Rapport Annuel de la Situation Sanitaire
<b>SASHP</b>	: Service de l'Action Sanitaire et de l'Hygiène Publique
<b>SFDE</b>	: Sage Femme Diplômée d'Etat
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant
<b>VAD</b>	: Visite à Domicile
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Liste des Tableaux

Désignation	Page
Tableau 1 : Présentation des participants à la session de validation des rapports.....	9
Tableau 2 : Présentation des participants à la session de validation des rapports .....	10
Tableau 3 : Présentation des participants du niveau central .....	10
Tableau 4 : Présentation des participants des partenaires.....	10
Tableau 5 : Présentation des résultats de complétude et promptitude de transmission de rapports.....	14
Tableau 6 : Répartition de la complétude de production de rapports à T1 2022.....	15
Tableau 7 : Répartition de la complétude de production de rapports à T2 2022.....	18
Tableau 8 : Présentation des résultats de complétude et promptitude de rapports.....	21

## **Introduction**

Le système de santé ivoirien basé sur les Soins de Santé Primaires (SSP) s'appuie sur la participation communautaire pour l'offre et la demande de services de santé.

La Direction de la Santé Communautaire (DSC), dans la mise en œuvre de son Plan Stratégique National (PSN) 2017-2021, s'est donné pour mission de valoriser les interventions communautaires en renforçant les capacités des Agents de Santé Communautaire (ASC) et de leurs superviseurs que sont les responsables des centres de santé (IDE/SFDE), dans la mise en œuvre d'un paquet intégré des activités et de mobiliser toutes les parties prenantes pour une synergie d'action et une harmonisation des stratégies.

Aussi est-il important de rappeler le rôle crucial des ASC dans le continuum de soins et de services au niveau communautaire. C'est ainsi que la DSC encourage et soutient toute initiative en matière de santé communautaire avec la pleine participation de la communauté.

C'est à juste titre que la DSC à travers le projet UNICEF-C2D, a procédé à la formation et à l'équipement des ASC exerçant dans les localités situées à plus de 5 kilomètres des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dans les sept (7) Régions Sanitaires du Poro, du Tchologo, de la Bagoué, du Kabadougou, du Folon, du Gontougo et du Bounkani avec leurs vingt-quatre (24) Districts qu'elles comportent..

C'est dans cette dynamique qu'une série de formations en cascade ayant débuté par un atelier d'orientation des Equipes Régionales de Santé (ERS) et des Equipes Cadres de District (ECD) du 30 novembre au 2 décembre 2018 à l'hôtel la « Rose Blanche » d'Abidjan qui a touché les Directeurs Régionaux de Santé, les Directeurs Départementaux de Santé, les Médecins Chefs de Service de l'Action Sanitaire (CSAS), les Coordonnateurs de Programmes Elargi de Vaccination (CPEV), les Chargés de la Surveillance Epidémiologique (CSE), les Points Focaux Paludisme et Communication, suivi de l'organisation de l'atelier d'orientation des Infirmier et Sage-Femme diplômés d'Etat, Superviseurs des ASC dans les Différents Districts des trois Régions initialement couvertes du 14 au 16 décembre 2018 et couronné avec la formation proprement dite des ASC dans les aires de santé du 18 au 23 décembre 2018.

Ces formations ont permis de toucher respectivement cinquante-sept (57) personnes des ERS et ECD, trois cent soixante-sept (367) Superviseurs et deux mille cent vingt-trois (2123) ASC. Cette cascade de formation des différents acteurs intervenants dans la mise en œuvre des interventions communautaires de façon efficace et systémique reste pour la DSC le défi de l'opérationnalisation de son PNS.

Ainsi, après leur formation, les ASC ont été dotés de matériels de travail que sont les outils de rapportage et de référence (cahier d'activités, registre de prise en charge et de notification, rapport d'activités, fiche de référence) et équipements (vélo, boîte à images, caisse à pharmacie, chasuble, badge, bottes, imperméable, torche, thermomètre, timer et casquette). Leurs superviseurs ont été dotés de rapport d'activités et de fiches de contre référence. Les points focaux ont été dotés de matériels informatiques en 2020 ;

Depuis 2019 et conformément à leur paquet d'activités, les ASC ont été opérationnels dans leur différente localité. Cela a été matérialisé dans des rapports et leur a donné droit au paiement des motivations arrêtées à cet effet.

Il était donc important pour la DSC et le partenaire d'appui de passer en revue de façon trimestrielle de travail le travail effectué par les acteurs communautaires afin d'apprécier la réalité du service fait et surtout d'apprécier la qualité des données collectées, saisies dans la plateforme DHIS2, qui devraient servir à prendre des décisions au niveau des ESPC, du District et Région et enfin du niveau central.

Ainsi, un atelier a été organisé du 7 au 14 août 2022 à Yamoussoukro, pour valider les rapports d'activités des trimestres 1 & 2 de l'année 2022.

Le présent document rend compte de l'atelier de validation des rapports d'activités des ASC et des rapports de suivi de leurs superviseurs pour l'offre de services communautaires dans le cadre du Volet 2 du C2D.

Il s'articule autour des points suivant :

- Rappel des termes de référence
- Déroulement de la mission ;
- Principaux constats (Points forts et Points à améliorer) ;
- Difficultés rencontrées ;
- Recommandations.

## **I. RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE**

### **1.1 Contexte et Justification**

Dans le souci d'impulser, d'organiser et de coordonner la Santé Communautaire de façon plus intégrée et efficace, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), à travers la Direction de la Santé Communautaire (DSC) a élaboré un Plan Stratégique National (PSN) de la Santé Communautaire couvrant la période 2017-2021. Ce plan qui sert de boussole aux interventions communautaires, se veut être un canal pour la détermination d'actions prioritaires conformément aux missions assignées à la Santé Communautaire, tout en demeurant dans la logique du cycle de planification stratégique du MSHP, à travers l'opérationnalisation du PNDS 2016-2020.

Les données factuelles sur la Santé Communautaire montrent que lorsque les interventions de santé communautaire sont bien mises en œuvre, elles permettent d'améliorer de façon remarquable les indicateurs de santé pour la population générale et particulièrement pour les cibles vulnérables que sont les femmes et les enfants.

Des expériences à travers les pays ont mis en exergue le rôle important de la participation communautaire dans l'appropriation des questions de santé par les bénéficiaires qui sont désormais considérés comme acteurs.

Une forme de participation communautaire est l'Agent de Santé Communautaire (ASC). Son utilisation a démontré ses preuves dans les programmes de santé mère-enfant, de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la Tuberculose, le Ver de Guinée, de Planification familiale, de la Nutrition etc... et il demeure la cheville ouvrière de la Santé Communautaire.

Ainsi, la DSC, pour l'opérationnalisation du PSN de la Santé Communautaire, s'appuie sur un pool de plus de onze mille (11000) ASC formés et équipés depuis 2018 sur près de quatorze mille (14500) cartographiés à travers le pays pour mener un paquet intégré d'interventions au niveau communautaire et basées sur des d'activités de promotion, de prévention, de prise en charge, de soutien et de surveillance. Deux mille cent vingt-trois (2123) de ces ASC mènent leurs activités dans vingt-quatre (24) Districts Sanitaires de sept (07) Régions Sanitaires couvertes par le Projet UNICEF-C2D.

Il demeure donc important d'apprécier régulièrement la contribution de ces interventions communautaires sur la qualité des services offerts aux populations et donc sur l'amélioration de leur santé. Pour ce faire, les présents termes de référence sont élaborés pour apprécier l'évolution des indicateurs socio-sanitaires liée aux prestations des ASC et de leurs

superviseurs dans la mise en œuvre et le suivi des activités au niveau communautaire et comment éventuellement les améliorer pour une meilleure santé et bien être des populations.

## **1.2 But et Objectifs**

### **1.2.1 But**

Le but de cette activité est le rapprochement des services de santé des populations à travers une approche communautaire participative dans la résolution des problèmes de santé.

### **1.2.2 Objectif général**

Renforcer le système de collecte, d'analyse et d'utilisation des données communautaires par la validation des rapports d'activités des ASC et de leurs Superviseurs, en vue de définir une politique de santé communautaire basée sur les besoins réels des populations

### **1.2.3 Objectifs spécifiques**

- Procéder à la pré validation des rapports d'activités au niveau des Districts ;
- Vérifier le nombre et la complétude des rapports mensuels communautaires ;
- Analyser les rapports d'activités communautaires des ASC et de leurs superviseurs ;
- Evaluer le niveau d'équipement des ASC en matériels de travail, médicaments et intrants ;
- Analyser le niveau de saisi des données communautaires dans la plate forme DHIS 2;
- Partager les expériences d'utilisation des données communautaires pour la prise de décision ;
- Mettre à jour la base de données des ASC ainsi que celle de leurs IDE/SFDE Superviseurs ;
- suivi de la réalisation des recommandations de l'atelier précédent ;
- Formuler des recommandations.

## **1.3 Résultats et Livrables attendus**

### **1.3.1 Résultats attendus**

- Les rapports d'activités sont pré validés au niveau des Districts ;
- Le nombre et la complétude des rapports mensuels communautaires sont vérifiés ;
- Les rapports d'activités communautaires des ASC et de leurs superviseurs sont analysés ;
- Le niveau d'équipement des ASC en matériels de travail, médicaments et intrants est évalué;
- Le niveau de saisi des données communautaires dans la plate forme DHIS est analysé

- Les expériences d'utilisation des données communautaires pour la prise de décision sont partagées ;
- La base de données des ASC ayant produit leurs rapports mensuels ainsi que celle de leurs IDE/SFDE est produite
- Le point de la réalisation des recommandations du précédent atelier est réalisé ;
- Des recommandations pour une meilleure mise en œuvre de la santé communautaire sont formulées.

### **1.3.2 Livrables attendus**

- Rapport de pré validation ;
- Rapports de supervision ;
- Fiches de suivi de supervision ;
- Fiches de dépôt de rapports ;
- Complétude des rapports mensuels des ASC et des Superviseurs validés de janvier à juin 2022 ;
- Fichiers Excel (Template comportant la liste complète des ASC actifs et non actifs du District) renseignés et signés par le DD ou le CSAS et le Point Focal du premier trimestre (janvier à mars) et du deuxième trimestre (avril à juin) 2022 ;
- Fiche d'émargement des ASC et des superviseurs (IDE/SFDE) de janvier à juin 2022;
- Situation du paiement des motivations trimestrielles et de l'équipement des ASC au quatrième trimestre 2021;
- Production de PV et de mémos de remplacement des ASC et IDE/SFDE signés par le DD ou le CSAS;
- Note de service de désignation ou de remplacement de CAC de District, signée par le DD ou le CSAS ;
- Rapport de l'atelier de validation des rapports mensuels.

### **1.4 Méthodologie**

La méthode de travail retenue se décline en deux étapes, dont une en préparation de l'atelier et l'autre pendant l'atelier.

#### **Étape préparatoire de l'atelier**

Sous la coordination de la Région Sanitaire, les équipes des Districts Sanitaires devront préparer les documents suivants nécessaires à la bonne tenue de l'atelier et au suivi du paiement de la motivation des acteurs :

1. **Rapports mensuels d'activités communautaires des ASC et des centres de Santé de janvier à juin 2022 de tous les ASC actifs du District et de leurs IDE /SFDE Superviseurs ;**
2. **Rapports de supervision des ASC de janvier à juin 2022;**
3. **Template du premier trimestre et du deuxième trimestre 2022;**
4. **Fiches d'émargement (fiche de suivi de transmission de rapport et fiche de supervision) des ASC et des superviseurs (IDE/SFDE) pour la période de janvier à juin 2022;**
5. **PV et Mémo de remplacement des ASC et des superviseurs (IDE/SFDE) signés respectivement par les chefs de villages ou leurs représentant et le DDS ou le CSAS.**

**NB :**

- **préparer les documents numériques (2, 3, 4 et 5) ci-dessus renseignés, signés et éventuellement scannés à transmettre pendant l'atelier;**

#### **Etape de l'atelier proprement dit**

La méthode de travail adoptée au cours de cet atelier sera celle des présentations en plénière sur la méthodologie de travail, les modalités de prise en charge et les outils à utiliser pour la validation et le paiement des motivations.

Puis suivront des travaux en groupes facilités par les Coordonnateurs des Activités Communautaires (CAC) Régionaux et sous la supervision du niveau central. En effet, dans le souci d'appropriation de la validation des rapports au niveau des Districts, les CAC Régionaux devront coordonner et évaluer la mise en œuvre des interventions communautaires au niveau de leurs Districts. Pour ce faire, cet atelier de validation sera l'occasion de leur donner la main et leur permettre de jouir entièrement de leur rôle de coordonnateur régional. A cet effet, toutes les activités qui seront menées au cours de cet atelier seront conduites par les CAC Régionaux dans leur ensemble.

Les CAC Régionaux présenteront les TDR des travaux de groupes, les matrices de cohérence, de cotation et de paiement et conduiront la séance de restitution.

Quant aux CAC de Districts, ils auront la responsabilité, dans le cas où leur District sera tiré au sort de procéder à l'analyse exhaustive des rapports (étape 3) d'une aire de santé, suivi de la présentation de cette analyse.

Les facilitateurs du niveau national superviseront tous ces acteurs.

### **Etape 1 : Analyse des documents**

Durant ces travaux, pour chaque District Sanitaire, chaque équipe passera en revue :

- Le rapport succinct de pré validation des rapports de janvier à juin 2022 des ASC et de leurs IDE/SFDE : décrivant succinctement la méthodologie utilisée par les ASC et leur IDE/SFDE superviseurs pour élaborer leurs rapports mensuels et surtout les éléments de vérification et de pré validation utilisés par les IDE/SFDE Superviseurs.
- La liste des ASC et de leurs IDE ayant produit leurs rapports mensuels **janvier à juin 2022** avec les **photocopies de CNI** ;
- Analyse des fiches de suivi et de dépôt et les rapports pour les supervision

### **Etape 2 : Analyse de la mise en œuvre**

- Le comptage et la vérification des rapports mensuels physiques.
- L'analyse de la mise en œuvre des activités communautaires (rapportage des données, utilisation des données, difficultés rencontrées).

**NB :** L'analyse de la mise en œuvre portera sur un échantillon de rapports produits mensuellement. Il s'agira de tirer au sort 30% des ESPC produisant les rapports d'activités communautaires qui seront analysés par mois d'activités.

**Exemple :** Si un District compte 10 ESPC qui produisent des rapports communautaires, pour le mois de janvier, ce sera les rapports de 3 ESPC ( $30 \times 10 / 100 = 3$ ) qui seront analysés. On tirera ensuite 3 autres ESPC dont les rapports seront analysés pour le mois de février, ainsi de suite.

### **Etape 3 : Analyse exhaustive de rapports d'activités**

Les facilitateurs des travaux de groupes se scinderont en deux groupes. Un groupe de facilitateurs dont le CAC analysera les rapports d'activités communautaires mensuel d'un ESPC (Rapports des ASC et du Superviseur) tiré au sort pour un mois et par District. En somme, ce groupe aura à analyser les rapports de trois (03) ESPC et trois (03) District dont un ESPC par District pour un mois.

Après les travaux de groupe, il y'aura une phase de restitution en plénière de la synthèse des travaux de groupe et de l'analyse du travail des superviseurs.

Les échanges en plénière permettront de revenir sur les points marquants des difficultés exprimées, la formulation des recommandations à chaque acteur et les prochaines étapes.

Trois (03) groupes de travaux seront organisés.

L'atelier sera coordonné par la Directrice de la Santé Communautaire et appuyée d'une équipe des partenaires techniques.

### **1.5 Durée et lieu de l'atelier**

L'atelier se tiendra du **8 au 13 août 2022** en deux sessions, soit 3 jours ouvrables par session à **l'hôtel la villa des hôtes 2 de Yamoussoukro**.

### **1.6 Participants à l'atelier**

Cet atelier regroupera quatre-vingt et cinq (68) personnes.

- Chaque Région Sanitaire aura un participant, qui sera le **CAC Régional**;
- Chaque District Sanitaire aura deux (02) participants au nombre desquels il y aura le **CAC de District et un IDE/SFDE Superviseur des ASC**.

### **1.7 Modalités de prise en charge des participants**

L'atelier de validation des rapports sera un atelier en résidentiel. Les participants des Régions et des Districts seront logés et bénéficieront de la prise en charge suivante :

- 20 000 FCFA par jour d'activité pour les 3 jours d'atelier;
- 20 000 FCFA pour la nuitée du jour d'entrée à l'hôtel ;
- un forfait transport au prorata de la distance parcourue ;
- un petit déjeuner pour les nuitées passées ;
- un déjeuner pour les jours d'activité.

Tous les participants auront droit à deux pause-café et l'eau en salle pour les jours d'activité.

Les CAC des Districts recevront en plus un forfait de 5 000 FCFA pour le transport des documents.

**NB :** Le mode de paiement sera le paiement direct par Mobile Money. Il reviendra donc aux participants de pré financer leur prise en charge et de prendre toutes les dispositions pour faciliter la procédure de paiement (avoir un numéro MTN avec un compte Mobile money actif).

## 1.8 Organisation des sessions de validation des rapports

### 1.8.1 Session 1 de l'atelier de validation de rapports

La session 1 se déroulera du **8 au 10 août 2022**. L'entrée à l'hôtel est prévue pour le **dimanche 7 août 2022** et la sortie de l'hôtel pour le **jeudi 11 août 2022**.

Sont concernés par cette session les Régions Sanitaires du Tchologo, du Folon, de la Bagoué et du Bounkani et de leurs Districts. Il s'agit de :

**Tableau 1** : Participants de la session 1 de l'atelier de validation des rapports

Région Sanitaire	District Sanitaire	Nombre de participants
<b>Tchologo</b>		
	Ferkessedougou	03
	Kong	02
	Ouangolodougou	02
<b>Bagoué</b>		
	Boundiali	03
	Tengrela	02
	Kouto	02
<b>Folon</b>		
	Minignan	03
	Kaniasso	02
<b>Bounkani</b>		
	Bouna	03
	Téhini	02
	Doropo	02
	Nassian	02
<b>Total</b>		<b>28</b>

### 1.8.2 Session 2 de l'atelier de validation de rapports

La session 2 se déroulera du **11 au 13 août 2022**. L'entrée à l'hôtel est prévue pour le **mercredi 10 août 2022** et la sortie de l'hôtel pour le **dimanche 14 août 2022**.

Sont concernés par cette session les Régions Sanitaires du Poro, du Kabadougou et du Gontougo et de leurs Districts. Il s'agit de :

**Tableau 2** : Participants de la session 1 de l'atelier de validation des rapports

Région Sanitaire	District Sanitaire	Nombre de participants
<b>Poros</b>		
	Korhogo 1	03
	Korhogo 2	02
	Dikodougou	02
	Sinématiali	02
	M'Bengué	02
<b>Kabadougou</b>		
	Odienné	03
	Madinani	02
<b>Gontougo</b>		
	Bondoukou	03
	Tanda	02
	Transua	02
	Koun Fao	02
	Sandégué	02
<b>Total</b>		<b>27</b>

### 1.8.3 Participants niveau central

**Tableau 3** : Participants niveau central

Structures	Nombre
DSC	08
DIIS	01
PNSME	01
<b>Total</b>	<b>10</b>

### 1.8.4 Participants Partenaires

**Tableau 4** : Participants des partenaires

Structures	Nombre
UNICEF	03
<b>Total</b>	<b>03</b>

## 1.9 Modalités de prise en charge des participants

L'atelier de validation des rapports sera un atelier en résidentiel. Les participants des Régions et des Districts seront logés et bénéficieront de la prise en charge suivante :

- 20 000 FCFA par jour d'activité pour les 3 jours d'atelier;
- 20 000 FCFA pour la nuitée du jour d'entrée à l'hôtel ;
- un forfait transport au prorata de la distance parcourue.

Les participants des directions régionales et départementales auront droit à un petit déjeuner et un déjeuner pour les jours d'activité.

Tous les participants auront droit à deux pause-café et l'eau de boisson en salle pour les jours d'activité.

Les Points Focaux des Districts recevront en plus un forfait de 5 000 FCFA pour le transport des rapports.

**NB : Le mode de paiement sera le paiement direct par Mobile Money. Il reviendra donc aux participants de pré financer leur prise en charge et de prendre toutes les dispositions pour faciliter la procédure de paiement (avoir un numéro MTN avec un compte Mobile money actif).**

## II- DEROULEMENT DE LA MISSION

### 2.1 Préparation de la missions de validation

En prélude à l'atelier de validation des rapports d'activités des ASC et des rapports communautaires des centres de santé, plusieurs activités de préparation ont eu lieu. Il s'est agi entre autre de la collecte et la validation des rapports d'activités des ASC par leurs superviseurs au niveau des ESPC à travers les rapports de pré validation et le rapportage des données collectées dans la plateforme DHIS2 par les Coordonnateurs des Activités Communautaires (CAC) au niveau des Direction Départementale de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DDSHP CMU).

Une autre activité importante a été la collecte des fichiers électroniques des fiches d'émargement (Supervision et suivi), des Template (liste de paiement) des deux premiers trimestres de l'année 2022.

Enfin, les Districts ont été repartis en deux groupes pour les deux sessions de cet atelier dont la première s'est tenu du 8 au 10 août et la seconde du 11 au 13 août 2022.

### 2.2 Cérémonie d'ouverture

L'atelier s'est organisé en deux sessions. Les cérémonies d'ouverture ont été marquées par deux allocutions de la part du partenaire technique et financier qu'est l'UNICEF, représenté

par Docteur YEPIE Stéphane et de la DSC, au nom de sa Directrice, Docteur KADJA Adjoba Françoise.

Nous retenons donc de ces interventions :

Docteur YEPIE a souhaité la bienvenue à tous les participants et s'est réjoui de la présence des acteurs communautaires que sont les Coordonnateurs des Activités Communautaires (CAC) des Régions et Districts à cet atelier. Il a ensuite rappelé que la réalisation de cet atelier a été le fruit d'énormes négociations. Il est donc important que tous s'approprient le mécanisme de validation des rapports en interne au niveau des Districts. Il faut donc discuter, poser les préoccupations et partager les expériences, au vue de ce qui a déjà été fait comme validation en interne.

Il a ensuite, en précisant que l'apport de la santé communautaire dans l'amélioration des indicateurs de santé est prouvé. Tous les pays qui ont intégré la santé communautaire dans leur politique de santé, sont cités en exemple, en ce qui concerne le niveau de santé de leurs populations.

Il a terminé son propos, en rassurant que son institution a mobilisé les ressources, pour la motivation de tous les acteurs communautaires. Il faut donc prendre toutes les dispositions pour produire des documents de qualités et se rendre disponible pour les échanges. Pour être efficace, il faut qu'on puisse réduire les délais de traitement et fidéliser d'avantage les Agents de Santé Communautaires (ASC) sur lesquels, nous nous appuyons pour le continuum de services au niveau communautaire.

La Directrice de la Santé Communautaire, en la personne Docteur KADJA Adjoba F a pris la parole, pour à son tour souhaiter la bienvenue à tous. Elle a remercié l'UNICEF pour son appui technique et financier et les acteurs communautaires pour leur engagement dans la mise en œuvre des activités communautaires. S'adressant aux CAC, elle a rappelé leur rôle important dans la mise en oeuvre des interventions au niveau communautaire au même titre que les activités cliniques au niveau du centre de santé.

La DSC, les Régions et les Districts Sanitaires sont des partenaires de la même institution qu'est le Ministère de la Santé. C'est le même objectif qui nous ai assigné ; celui d'améliorer la santé et le bien être des populations. Il est vrai que l'atteinte de cet objectif se décline en missions au niveau de chaque structure, mais c'est en mutualisant nos efforts que nous l'atteindrons.

La Directrice, après cette mise au point, a adressé ses félicitations à tous les acteurs et aussi à ses collaborateurs pour les résultats obtenus, tout en les exhortant à plus d'engagement pour la production de données communautaires de qualités qui permettent véritablement de prendre des décisions réelles et réalistes et contribuent à l'amélioration de la santé et le bien-être de nos communautés avec leur pleine participation, comme l'a indiqué Docteur YEPIE, pour les pays cités en exemple. Nous devons être satisfaits de nos progrès, à savoir que les données communautaires sont collectées et rapportées dans la plateforme DHIS2 et qu'elles aident les Régions et leurs démembrements (Districts et Centres de Santé) à prendre des décisions sur la base des faits rapportés.

Sur ces mots, elle a souhaité bons travaux aux participants.

## **2.3 Résultats obtenus au cours de la mission**

### **2.3.1 Présentation des outils pour la validation des rapports.**

Pour assurer les activités de validation, deux principaux outils ont été présentés aux participants. Il s'est agi de la matrice de cotation et de la matrice de cohérence.

➤ **La matrice de cohérence** : Elle permet de saisir globalement des données collectées par les ASC et d'avoir la synthèse de ces données pour les Superviseurs. Il s'agit de saisir en croisement plusieurs indicateurs dont six (06) ont été privilégiés. Ce sont le nombre de séances de causeries éducatives réalisées et le nombre de ménages touchés, le nombre de femmes enceintes recensées et le nombre de ménages éligibles à la Consultation Pré Natales recentrée (CPNr) et enfin le nombre de ménages ayant adopté au moins trois (03) Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et le nombre de ménages ayant adopté l'ensemble des PFE pour lesquelles ils sont éligibles.

Cette matrice permet de faire un tri des rapports totalement cohérents des rapports partialement cohérents. **C'est la loi du tout ou rien.**

➤ **Matrice de cotation** : Elle permet de faire une analyse spécifique du niveau de la cohérence et de l'exactitude des rapports produits. En effet, suite aux croisements des indicateurs, la cotation permet d'apprécier les indicateurs cohérents et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, un rapport pourra être cohérent à un pourcentage différent de 0 et 100% ; ce que la matrice de cohérence ne permet pas de faire.

La matrice de cotation permet d'apprécier les efforts et le niveau réel de la qualité dans le rapportage.

Suite à l'analyse des données avec ces matrices, l'on utilise le **canevas de restitution** pour présenter les résultats de ces analyses.

Ces outils ont été présentés par Messieurs TRAORE Seydou et TA Bi Ta Justin, de l'équipe des facilitateurs.

### 2.3.2 Résultats généraux liés à la complétude des rapports (Rapports produits/Rapports attendus)

**Tableau 5 : Présentation des résultats de complétude et promptitude de transmission de rapports**

N°	Districts Sanitaires	Nombre de rapports reçus/ nombre de rapports attendus pour les ASC formés et en activité pour les 6 mois	Nombre de rapports reçus/ nombre de rapports attendus des superviseurs des ESPC pour les 6 mois
<b>1- Poro</b>			
1	Korhogo 1	779/1068	208/222
2	Sinématiali	235/240	90/90
3	Korhogo 2	224/312	96/108
4	Dikodougou	285/288	66/72
5	M'Bengué	312/318	114/114
<b>2 - Tchologo</b>			
6	Ferkessédougou	388/552	68/78
7	Ouangolodougou	558/1188	76/108
8	Kong	167/258	46/66
<b>3 - Bagoué</b>			
9	Tengrela	366/420	81/84
10	Boundiali	246/264	84/96
11	Kouto	82/126	67/102
<b>4 - Gontougo</b>			
12	Bondoukou	790/840	277/282
13	Tanda	468/468	132/132
14	Transua	323/354	124/132
15	Sandégué	188/204	60/60
16	Koun-Fao	447/450	174/174
<b>5 - Bounkani</b>			
17	Bouna	774/858	172/174
18	Nassian	825/900	78/78
19	Doropo	484/612	54/54

20	Téhini	355/426	54/54
<b>6- Kabadougou</b>			
21	Odienné	1014/1104	133/150
22	Madinani	373/480	57/72
<b>7- Folon</b>			
23	Minignan	363/564	40/60
24	Kaniasso	250/294	28/30
	<b>Total</b>	<b>10296/12588</b>	<b>2379/2592</b>

**Tableau 6 : Répartition de la complétude de production de rapports à T1 2022**

N°	Districts Sanitaires	Nombre d'ASC /CS ayant produit tous les rapports pour les 3 mois	Nombre d'ASC /CS ayant produit moins de 3 rapports pour les 3 mois	Nombre d'ASC/CS n'ayant produit aucun rapport pour les 3 mois
<b>1- Poro</b>				
1	Korhogo 1 ASC = 178 CS = 37	125/33	48/2	05/02
2	Sinématiali ASC = 40 CS = 15	38/15	02/00	00/00
3	Korhogo 2 ASC = 52 CS = 18	30/14	10/04	12/00
4	Dikodougou ASC = 48 CS = 12	45/09	03/03	00/00
5	M'Bengué ASC = 53 CS = 19	52/19	01/00	00/00
<b>2 - Tchologo</b>				
6	Ferkessédougou ASC = 92 CS = 13	77/08	10/05	05/00

7	Ouangolodougou ASC = 198 CS = 18	69/11	41/01	88/05
8	Kong ASC = 43 CS = 11	28/08	03/00	12/03
<b>3 - Bagoué</b>				
9	Tengrela ASC = 70 CS = 14	57/13	12/01	01/00
10	Boundiali ASC = 44 CS = 16	41/14	00/00	03/02
11	Kouto ASC = 21 CS = 17	13/10	02/02	06/05
<b>4 - Gontougo</b>				
12	Bondoukou ASC = 140 CS = 47	126/46	10/01	04/00
13	Tanda ASC = 78 CS = 22	78/22	00/00	00/00
14	Transua ASC = 59 CS = 22	50/19	05/02	04/01
15	Sandégué ASC = 34 CS = 10	29/10	03/00	02/00
16	Koun-Fao ASC = 75 CS = 29	74/29	01/00	01/00
<b>5 - Bounkani</b>				
17	Bouna	113/28	28/01	02/00

	ASC = 143 CS = 29.			
18	Nassian ASC = 150 CS = 13	122/13	23/00	05/00
19	Doropo ASC = 102 CS = 09	76/09	10/00	16/00
20	Téhini ASC = 71 CS = 09	47/09	21/00	03/00
<b>6- Kabadougou</b>				
21	Odienné ASC = 184 CS = 25	150/22	28/02	06/01
22	Madinani ASC = 80 CS = 12	66/08	07/03	07/01
<b>7- Folon</b>				
23	Minignan ASC = 94 CS = 10	89/10	05/00	00/00
24	Kaniasso ASC = 98 CS = 10	81/09	09/01	08/00
	<b>Total</b>	<b>1676/379</b>	<b>282/28</b>	<b>190/20</b>

**Tableau 7 : Répartition de la complétude de production de rapports à T2 2022**

N°	· Districts Sanitaires	Nombre d'ASC /CS ayant produit tous les rapports pour les 3 mois	Nombre d'ASC /CS ayant produit moins de 3 rapports pour les 3 mois	Nombre d'ASC/CS n'ayant produit aucun rapport pour les 3 mois
<b>1- Poro</b>				
1	Korhogo 1 ASC = 178 CS = 37	121/33	52/2	05/02
2	Sinématiali ASC = 40 CS = 15	39/15	01/00	00/00
3	Korhogo 2 ASC = 52 CS = 18	33/11	10/07	09/01
4	Dikodougou ASC = 48 CS = 12	45/00	03/00	00/00
5	M'Bengué ASC = 53 CS = 19	50/19	03/00	00/00
<b>2 - Tchologo</b>				
6	Ferkessédougou ASC = 92 CS = 13	52/12	26/01	14/00
7	Ouangolodougou ASC = 198 CS = 18	100/11	27/01	71/00
8	Kong ASC = 43 CS = 11	22/09	03/00	18/02
<b>3 - Bagoué</b>				
9	Tengrela ASC = 70	57/13	12/01	01/00

	CS = 14			
10	Boundiali ASC = 44 CS = 16	41/14	00/00	03/02
11	Kouto ASC = 21 CS = 17	13/10	06/05	02/02
<b>4 - Gontougo</b>				
12	Bondoukou ASC = 140 CS = 47	129/46	06/01	05/00
13	Tanda ASC = 78 CS = 22	78/22	00/00	00/00
14	Transua ASC = 59 CS = 22	55/21	00/00	04/01
15	Sandégué ASC = 34 CS = 10	29/10	03/00	02/00
16	Koun-Fao ASC = 75 CS = 29	74/29	01/00	01/00
<b>5 - Bounkani</b>				
17	Bouna ASC = 143 CS = 29	126/28	12/01	05/00
18	Nassian ASC = 150 CS = 13	137/13	8/00	05/00
19	Doropo ASC = 102 CS = 09	77/09	11/00	14/00
20	Téhini	56/09	05/00	10/00

	ASC = 71 CS = 09			
<b>6- Kabadougou</b>				
21	Odienné ASC = 184 CS = 25	163/22	11/00	10/03
22	Madinani ASC = 80 CS = 12	51/11	19/00	10/01
<b>7- Folon</b>				
23	Minignan ASC = 94 CS = 10	00/00	87/00	07/10
24	Kaniasso ASC = 98 CS = 10	81/09	09/01	08/00
	<b>Total</b>	<b>1629/376</b>	<b>315/20</b>	<b>204/24</b>

### 2.3.3 Résultats généraux obtenus

- ✓ Sur les deux mille cent vingt-trois (2123) ASC initialement recrutés et formés, deux mille cent quarante-sept (2147) sont en activité, soit une augmentation de 1,13% ;
- ✓ Sur les deux mille cent quarante-sept (2147) ASC en activité sur la période, mille neuf cent quarante et quatre (1944), soit 90,5% ; produisent régulièrement des rapports mensuels d'activité ;
- ✓ Sur les deux mille cent quarante-sept (2147) ASC, deux cent quatre (204) n'ont produit aucun rapport pour ce trimestre, soit 9% ;
- ✓ sur les quatre cent trente et sept (437) ESPC menant les activités communautaire, trois cent quatre-vingt-seize (396), soit 90,6% produisent régulièrement des rapports des activités communautaires ;
- ✓ sur douze mille cinq cent quatre-vingt et huit (12588) rapports attendus pour les six (06) mois d'activités des ASC, dix mille deux cent quatre-vingt-seize (10296) ont été produits et analysés, soit 81,7% de complétude, avec une promptitude moyenne de 76,7% ;

- ✓ sur deux mille cinq cent quatre-vingt et douze (2592) rapports de superviseurs attendus, deux mille trois cent soixante-dix et neuf (2379) ont été produits et analysés, soit 91,8% de complétude, avec une promptitude de 87,4% ;
- ✓ la moyenne de la complétude de remplissage et de la cohérence des données des ASC, pour les six (06) mois est de 64,2% avec un minimum de 23% et un maximum de 100%
- ✓ la moyenne de la complétude du remplissage et de la cohérence des données des superviseurs, pour les six mois est de 77% avec un minimum de 45,6% et un maximum de 100% ;
- ✓ la moyenne de l'exactitude des rapports (ASC/Superviseurs) pour les six mois est de 61% ;
- ✓ les données collectées sont saisies entre 00% et 100% dans la plate forme DHIS2 ;

#### 2.3.4 Résultats spécifiques d'analyse de rapports de quelques Districts

- Pour le Districts de Minignan, nous constatons que les ASC n'ont produit aucun rapport pour les mois de mai et juin 2022. Cette situation s'expliquerait par le fait qu'ils n'aient pas perçu leur motivation pour le quatrième trimestre 2021, ont décidé de ne pas travailler. Ce traduit le résultat d'aucun rapport n'ai été produit pour le second trimestre de 2022 ;
- Pour les Districts ayant un fort taux de non rapportage : Korhogo 1 (27%), Korhogo 2 (28%), Ferké (29%), Ouangolo (53%), Kong (35%), Kouto (35%), Minignan (36%) ;
- Les Districts avec un pourcentage élevé d'ASC non actifs (n'ayant produit aucun rapport sur les 6 mois) : Korhog 2 (23%), Ouangolo (44%), Kong (28%) et Kouto (28%) ;
- Les Districts ayant une bonne performance dans le rapportage et la mobilisation des acteurs communautaires : Tanda, Koun-Fao, Sinématiali et M'Bengué.

#### 2.3.5 Analyse de la complétude et de la promptitude du rapportage.

**Tableau 8 : Présentation des résultats d'analyse de T1 et T2 à partir de DHIS2**

Périodes	T1 2022		T2 2022	
	Complétude	Promptitude	Complétude	Promptitude
BONDOUKOU	92.9	46.1	90.1	76.6
BOUNA	97.8	74.4	97.8	61.1

DOROPO	100	59.3	100	100
KOUN-FAO	100	31	100	86.2
MADINANI	100	89.5	100	91.2
NASSIAN	100	92.3	100	100
ODIENNE	97.1	52.2	91.3	85.5
SANDEGUE	100	84.8	100	97
TANDA	100	60.3	100	47.6
TEHINI	100	14.8	100	48.1
TRANSUA	100	30.6	97.2	6.9
BOUNDIALI	100		96,1	
KOUTO	56,3		56,3	
TENGRELA	100		97,6	
MINIGNAN	100		100	
KANIASSO	100		100	
FERKESSEDOUGOU	100		97,6	
OUANGOLODOUGOU	100		100	
KONG	100		100	
KORHOGO 1	100		100	
KORHOGO 2	100		100	
M'BENGUE	100		100	
SINEMATIALI	100		97,8	
DIKODOUGOU	100		100	

### 2.3.6 Utilisation des données communautaires au niveau ESPC et District

Les données collectées sont généralement analysées et utilisées pour :

- ❖ la programmation des intensifications du PEV ;
- ❖ intensification des interventions pour la Santé Mère-Enfant (SME) ;

- ❖ la programmation des supervisions des ASC ;
- ❖ la recherche des femmes enceintes Perdues de vue ;
- ❖ la recherche des enfants perdus de vue pour la vaccination ;
- ❖ la recherche des cas suspects des maladies sous surveillance ;
- ❖ le renforcement de la sensibilisation.

## **2.4 Principaux constats**

### **2.4.1 Mobilisation des acteurs et rapportage des activités communautaires**

Le suivi de la mise en œuvre des activités et des intervenants communautaires a permis de faire deux constats majeurs que sont la mobilisation des acteurs et la production de rapports.

#### **2.4.1.1 Mobilisation des acteurs**

Le projet démarré en 2018, initialement prévu pour appuyer trois (03) Régions que sont le Kabadougou-Folon, le Poro et le Gontougou-Boukani couvrant douze Districts pour un ensemble d'acteurs de deux mille cent vingt et trois (2123) ASC et trois cent soixante-sept (367) Superviseurs d'ESPC, s'est retrouver à appuyer douze (12) régions sanitaires avec vingt-quatre (24) Districts à partir de 2020.

A cette étape de la mise en œuvre, nous constatons une augmentation du nombre des acteurs, à savoir :

- vingt-quatre (24) ASC, soit 1,13% d'augmentation ;
- soixante et dix (70) ESPC, soit 16% d'augmentation ;
- Plusieurs remplacements des CAC de District (9/24), soit 37,5% ;
- Remplacement et recrutement des ASC par les IDE/SFDE, sans la participation de la communauté ;

L'augmentation du nombre des ESPC est inhérente au système et répond à un besoin de couverture sanitaire selon les normes de rapprocher davantage les populations des services de santé.

Il s'agit d'avoir un centre de santé dans un rayon de 5 kilomètres des communautés. Aussi cette disposition n'influence pas les prises en charges des acteurs des Districts et donc ne nécessite pas une mobilisation supplémentaire de ressources financières pour les motivations.

En effet, la conséquence de cette situation est la sélection continuelle des ASC pour remplacer, ou soustraire de la cartographie ceux qui se retrouveront désormais à moins de 5 kilomètres de leur zone d'intervention.

#### **2.4.1.2 Rapportage des activités communautaires**

Concernant la couverture des aires sanitaires par les activités communautaires, nous constatons que sur les quatre cent trente et sept (437) ESPC qui sont susceptibles de mener les activités, quarante et un (41), soit 9,3% ne produisent pas de rapports.

#### **2.4.2 Points forts de la gestion des données communautaires**

- ✓ Bonne mobilisation des acteurs ;
- ✓ Rattachement des ASC à leur aire sanitaire ;
- ✓ Rapportage des activités communautaires ;
- ✓ Saisie des rapports communautaires dans la plateforme DHIS2 ;
- ✓ Equipement des Districts en matériel informatique ;
- ✓ Existence et disponibilité des outils d'activités des ASC et des Superviseurs ;
- ✓ les superviseurs reçoivent les rapports mensuels des ASC ;
- ✓ organisation de supervision des activités communautaires ;
- ✓ organisation des séances de pré validation des rapports au niveau des ESPC;
- ✓ utilisation de la matrice de cohérence et de cotation par certains Districts pour la validation des données communautaires ;
- ✓ organisation de réunions multidisciplinaires de validation des rapports au niveau des ESPC.

#### **2.4.3 Points à améliorer de la gestion des données communautaires**

- ✓ Sous utilisation des ASC dans plusieurs Districts ;
- ✓ Remplacement régulier des ASC (difficulté de fidélisation des ASC)
- ✓ Insuffisance de rapportage des activités communautaires au niveau des ESPC ;
- ✓ Insuffisance de réalisation des activités par les ASC ;
- ✓ Faible saisie des données communautaires (rapports) dans la plate-forme DHIS2
- ✓ Faible dotation des ASC en médicaments et intrants (Amoxicilline, CTA, TDR, SRO-Zinc) ;
- ✓ Insuffisance du remplissage des rapports ;

- ✓ Absence de certains rapports des ASC;
- ✓ Absence de certains rapports des superviseurs ;
- ✓ Insuffisance d'analyse et d'utilisation des données pour la prise de décision au niveau des ESPC et des DDS ;
- ✓ Faible complétude et promptitude des rapports ASC au niveau des superviseurs ;
- ✓ Faible complétude et promptitude des rapports des superviseurs au niveau District ;
- ✓ Les rapports des ASC et des superviseurs ne sont pas correctement renseignés;

## **2.5 Difficultés rencontrées**

Pour ce qui concerne les difficultés rencontrées, nous avons des difficultés inhérentes au système et des difficultés courantes de mise en œuvre.

### **2.5.1 Difficultés inhérentes au système**

- ❖ Faible implication des superviseurs des ESPC dans la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- ❖ faible appropriation des interventions communautaires par les Districts et Régions Sanitaires ;
- ❖ faible implication des leaders communautaires dans la mobilisation des ASC ;
- ❖ absence de plaidoyer auprès des communautés pour leur participation à la motivation des ASC ;
- ❖ faible compréhension du circuit de distribution des médicaments et intrants pour les prises en charge ;
- ❖ faible réactivité des Districts dans la production des pièces justificatives (listes des acteurs, fiches d'émargement, extraction DHIS2, etc...) pour le paiement des motivations des ASC ;
- ❖ faible réactivité des Superviseurs et des Districts au recyclage des ASC d'une part et des Superviseurs d'autre part.

### **2.5.2 Difficultés courantes de mise en oeuvre**

- ❖ Insuffisance dans l'approvisionnement des ASC en médicaments et intrants dus à des rupture/quantité insuffisante au niveau des ESPC ;

- ❖ Abandon de certains ASC pour des motifs de mobilité, de recherche de plus de gain, de maladie et pour des raisons inavouées ;
- ❖ Difficulté de remplacement des ASC démissionnaires et décédés;
- ❖ faible production de rapports de supervision dans l'utilisation du canevas par les superviseurs ;
- ❖ faible diffusion des outils de supervision (grille, fiche, canevas) ;
- ❖ faible/retard de la complétude des documents et pièces pour le paiement des motivations ;
- ❖ Faible mobilisation des ASC pendant les périodes de travaux champêtres ou d'orpaillage ;
- ❖ Faible appropriation du remplissage des outils par les ASC et les superviseurs ;
- ❖ Faible niveau et capacité d'archivage des rapports au niveau des ESPC ;
- ❖ Faible niveau de coaching des ASC par les superviseurs ;
- ❖ Insuffisance de supervision des acteurs dans la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- ❖ Faible utilisation de la matrice de cohérence et de cotation pour la vérification et la validation des rapports au niveau des centres de santé.

## **2.7 Recommandations**

Suite aux nombreuses difficultés et constats lors de cet atelier de validation, les recommandations ci-dessous ont été formulées pour envisager une amélioration de conditions de collecte de données communautaires et de leur utilisation pour l'amélioration des indicateurs de santé.

### **❖ Au niveau des ASC**

- Renseigner complètement et correctement tous les items des outils de collecte de données au niveau communautaire (rapport, cahier et registre) ;
- Réaliser effectivement et exclusivement le paquet d'activité qui leur revient ;
- Acheminer les rapports vers l'ESPC en respectant les délais prescrits ;
- Etre disponible pour les rencontres multi disciplinaires avec leur superviseur au niveau de l'ESPC ;

- Etre disponible pour réaliser les activités à tout temps, tant entendu que cela se fait de façon partielle et non en plein temps ;
- Pour assurer une diligence dans le paiement des motivations, il faut éviter de changer régulièrement les numéros de téléphone.

#### ❖ **Au niveau des ESPC**

Les IDE/SFDE superviseurs des ASC doivent s'appropriier les interventions au niveau communautaire. Cette appropriation doit se traduire par les engagements suivants :

- Renforcer le coaching des ASC ;
- Poursuivre et améliorer la supervision des ASC;
- Amener les ASC à poursuivre la mise en œuvre intégrale des activités;
- Utiliser la matrice de cohérence et de cotation pour la validation interne des données avant la transmission au District;
- Participer de temps en temps avec les ASC à la mise en œuvre des activités communautaires;
- Procéder au remplacement des ASC en respectant les directives et procédures de recrutement ;
- Assurer la formation des nouveaux ASC et au redéploiement des équipements;
- Se conformer aux directives d'approvisionnement des ASC en médicaments et intrants en prenant en compte leurs besoins dans les commandes des ESPC ;
- Assurer l'approvisionnement des ASC en médicaments et intrants stratégiques ;
- Produire et transmettre à temps les documents nécessaires pour le paiement des motivations

#### ❖ **Au niveau District**

Le District Sanitaire doit s'impliquer effectivement dans la mise en œuvre des interventions communautaires, qui font partie du paquet d'activités dévolues à ce niveau. Pour une meilleure implication, nous recommandons au District de s'engager à :

- Améliorer la coordination des interventions communautaires (organisation des ateliers de mobilisation, discuter de la santé communautaire au cours des réunions mensuelles, sensibiliser les organisations communautaire) ;

- Organiser des séances de formation et de mise à niveau des IDE/SFDE pour le suivi des activités communautaires en faveur des nouveaux personnels ;
- Vulgariser l'utilisation de la matrice de cohérence ;
- Documenter les bonnes pratiques de mise en œuvre des interventions communautaires par les ASC et les IDE/SFDE, superviseurs pour vulgarisation ;
- Réaliser les activités de pré validation des rapports d'activités en fin de trimestre ;
- Intégrer les activités communautaires dans le programme de supervision du District ;
- Impliquer effectivement les Coordonnateurs des Activités Communautaires aux activités de supervision et de coaching ;
- Impliquer les pharmaciens et les PGP dans la réalisation de l'activité communautaire ;
- Approvisionner les ASC suffisamment en médicaments et intrants pour leurs activités de prise en charge ;
- Faire un plaidoyer pour la mise à disposition du matériel informatique ;
- Mettre à disposition des ASC et leur superviseurs, les outils de collecte et de rapportage des données ;
- Faire un plaidoyer auprès des communautés pour une participation effective à la mobilisation et à la motivation des ASC ;
- Faire des plaidoyers pour une alphabétisation des ASC ;
- Produire des Procès-Verbaux pour le remplacement et le recrutement des ASC dûment signés par le DDSHPCMU et des autorités locales (Chef de village, leaders communautaires, leaders d'organisations communautaires)

❖ **Au niveau central**

- Procéder à une répartition des ASC pour satisfaire les besoins des Districts et permettre une utilisation maximale ;
- Planifier les supervisions conjointes trimestrielles DSC/DRSHPCMU/DDSHPCMU/UNICEF;
- Faire un plaidoyer pour l'approvisionnement régulier et en quantité suffisante des acteurs en médicaments et intrants pour les activités de prise en charge;

- Faire un plaidoyer pour le respect des commandes transmis par les Districts (NPSP) par une application effective de la directive sur la réquisition pour les médicaments;
- Faire un plaidoyer pour un appui à l'alphabétisation des ASC ;
- Faire un plaidoyer pour le renforcement des Districts en équipements.

## **2.8. Cérémonie de clôture**

Cette cérémonie a été marquée par deux allocutions, de la part de la DSC et de l'UNICEF.

Dans son adresse aux participants, Docteur YEPIE Stéphane de l'UNICEF a manifesté sa satisfaction en ce qui concerne le processus de collecte de données mis en place par la DSC, mais a émis des réserves en ce qui concerne la qualité des données collectées et rapportées.

Les Districts doivent agir et prendre conscience de ce que les données communautaires constituent en vérité la source de prise de décision à tous les niveaux du système de santé.

Il a à toute fin utile rappeler que la bonne mise en œuvre de la santé communautaire, contribue à l'amélioration de la santé et le bien-être des populations.

La Directrice de la Santé Communautaire, en la personne de Docteur KADJA Adjoba Françoise, a rappelé que les acteurs des Districts, des Régions et les autres entités du Ministère sont des partenaires pour les mêmes objectifs et cette collaboration doit être franche. Les autres partenaires viennent en appui.

Il est important que chacun à son niveau facilite la tâche aux autres en faisant au mieux ce qu'il doit faire.

La DSC se bat pour mobiliser les ressources. Il ne devrait pas avoir des difficultés à utiliser ces ressources. Il faut être prompt dans la production des justificatives, afin de permettre le paiement dans des délais raisonnables des motivations des différents acteurs communautaires.

La DSC accorde un intérêt à la participation communautaire sous toutes ses formes. Pour ce faire, il faut associer davantage les communautés à toutes nos actions de la planification, jusqu'à l'évaluation, en passant par la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des interventions.

Elle a enfin, manifesté sa reconnaissance, pour tous les efforts consentis par les Régions et Districts et souhaité le bon retour à toutes et à tous.

## Conclusion

Les activités de validation des rapports a permis de couvrir l'ensemble des activités et interventions au niveau communautaires

Ces activités ont permis de recadrer certains aspects des interventions communautaires et d'attirer l'attention des acteurs sur l'importance de l'analyse et l'utilisation des données pour améliorer la situation sanitaire des populations.

Dans l'ensemble les résultats obtenus étaient les suivants :

- ✓ Sur les deux mille cent vingt-trois (2123) ASC initialement recrutés et formés, deux mille cent quarante-sept (2147) sont en activité, soit une augmentation de 1,13% ;
- ✓ Sur les deux mille cent quarante-sept (2147) ASC en activité sur la période, mille neuf cent quarante et quatre (1944), soit 90,5% ; produisent régulièrement des rapports mensuels d'activité ;
- ✓ Sur les deux mille cent quarante-sept (2147) ASC, deux cent quatre (204) n'ont produit aucun rapport pour ce trimestre, soit 9% ;
- ✓ sur les quatre cent trente et sept (437) ESPC menant les activités communautaire, trois cent quatre-vingt-seize (396), soit 90,6% produisent régulièrement des rapports des activités communautaires;
- ✓ sur douze mille cinq cent quatre-vingt et huit (12588) rapports attendus pour les six (06) mois d'activités des ASC, dix mille deux cent quatre-vingt-seize (10296) ont été produits et analysés, soit 81,7% de complétude, avec une promptitude moyenne de 76,7% ;
- ✓ sur deux mille cinq cent quatre-vingt et douze (2592) rapports de superviseurs attendus, deux mille trois cent soixante-dix et neuf (2379) ont été produits et analysés, soit 91,8% de complétude, avec une promptitude de 87,4% ;
- ✓ la moyenne de la complétude de remplissage et de la cohérence des données des ASC, pour les six (06) mois est de 64,2% avec un minimum de 23% et un maximum de 100%
- ✓ la moyenne de la complétude du remplissage et de la cohérence des données des superviseurs, pour les six mois est de 77% avec un minimum de 45,6% et un maximum de 100% ;
- ✓ la moyenne de l'exactitude des rapports (ASC/Superviseurs) pour les six mois est de 61% ;

- ✓ les données collectées sont saisies entre 00% et 100% dans la plateforme DHIS2 ;
- ✓ bonne complétude de rapportage pour T1 (de 92 à 100%) et T2 (90 à 100%) ;
- ✓ faible promptitude de rapportage pour T1 (14 à 92%) et T2 (6,9 à 100%).

Les données analysées sont généralement utilisées pour améliorer l'offre de service maternel et infantile (SME), pour l'amélioration de la couverture vaccinale et la recherche des perdus de vue pour le SP et la vaccination.

Au vu des insuffisances constatées, nous pensons que la mise en œuvre des activités communautaires et le rapportage des données restent donc à améliorer.

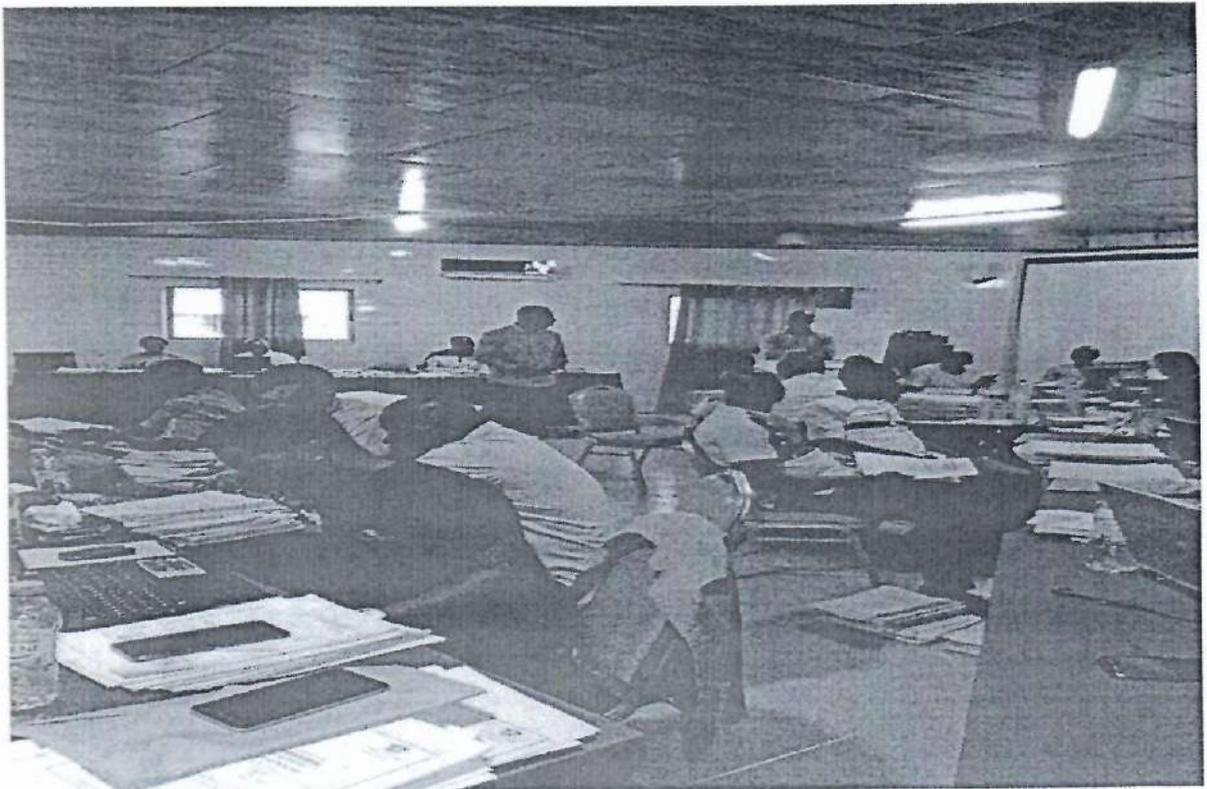
Pour cela, l'engagement de tous les acteurs communautaires pourra nous permettre d'obtenir à l'avenir des données communautaires de qualité.

Pour ce faire, tous les acteurs doivent s'approprier les recommandations formulées pour contribuer efficacement à la valorisation des données communautaires pour un réel impact sur la santé des populations avec leur plein engagement.

# ANNEXES



**Photo 1** : Un facilitateur de la DIIS, présentant l'analyse DHIS2



**Photo 2** : Les participants en travaux de groupes d'analyse des rapports



Photo 3 : Dr YEPIE, intervenant suite à la restitution des travaux de groupes

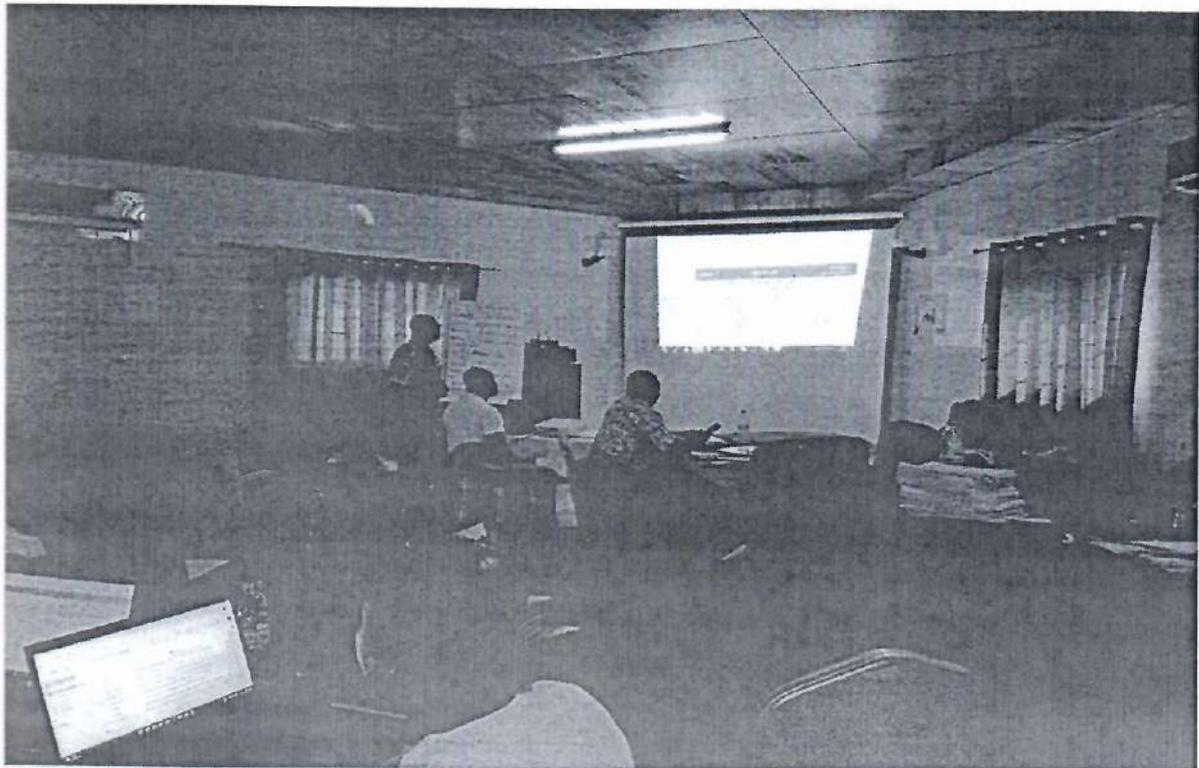


Photo 4 : Un participant en restitution du travail de groupes



**ATELIER DE VERIFICATION ET DE VALIDATION DES RAPPORTS  
MENSUELS DES ASC ET IDE/SFDE SUPERVISEURS**

Janvier à Juin 2022



**RESTITUTION DE LA MISSION DE  
VALIDATION DES RAPPORTS DES ACTIVITES  
COMMUNAUTAIRES DE T1 ET T2 2022**

**DDS DE KORHOGO 1**

1

1

**DDS: KORHOGO 1**

- Nombre de sites : 37
- Noms des sites : CSU Napié, CSU Karakoro, CSU Tioro, CSU Kokoton, CSU Sohouno, CSU Petit paris, CSU Kombolokoura, CSR Nangasseregue, CSR Sielokaha, CSR Koko, CSR Tahouara, CSR Lataha, CSR Nahoukaha, CSR Koni, CSR Dassoungbo, CSR Kafiokoha2, CSR Gbonzoro, CSR Waraniéné, CSR Kassirimé, CSR Sielekaha, CSR Klokakaha, CSR Kiemou, CSMB Torgokaha, CSR Nagnenefoun, DR Lavononkaha, DR Fononvogo, DR Oumbolo, DR Lakpolo, DR Kohotieri, DR Kokaha, DR Lamekaha, DR Binguebougou, DR Nakaha, DR Nangakaha, DR Pignon, CSR Katia, CSC Bevogo

- Nombre total d'ASC sur les sites : 178

2

2

## REVUE DES RAPPORTS DDS KORHOGO 1

	RAPPORTS	ATTENDUS	PRODUITS	COMPLETITUDE= Rapp produit/Rapp Attendu	PROMPTITUDE= Rapp à temps/Rapp Attendu
Janvier 2022	Nombre de rapport ASC	178	125	70 %	70%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	33	94%	94%
Février 2022	Nombre de rapport ASC	178	125	70 %	70 %
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	35	95%	95%
Mars 2022	Nombre de rapport ASC	178	142	80 %	80 %
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	35	95 %	95 %

3

## REVUE DES RAPPORTS DDS KORHOGO 1

	RAPPORTS	ATTENDUS	PRODUITS	COMPLETITUDE= Rapp produit/Rapp Attendu	PROMPTITUDE= Rapp à temps/Rapp Attendu
Avril 2022	Nombre de rapport ASC	178	136	76 %	76 %
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	35	95 %	95 %
Mai 2022	Nombre de rapport ASC	178	130	73 %	73 %
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	35	95 %	95 %
Juin 2022	Nombre de rapport ASC	178	121	68 %	68 %
	Nombre de rapport IDE/SFDE	37	35	95 %	95 %

4

### POINT DE LA PRODUCTION DES RAPPORTS DES ASC ET SUPERVISEURS T1

ACTEURS	INDICATEURS	ATELIER VALIDATION
ASC	ASC ayant produit tous les rapports mensuels	125
	ASC n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	48
	ASC n'ayant produit aucun rapport mensuel	5
IDE	IDE ayant produit tous les rapports mensuels	33
	IDE n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	2
	IDE n'ayant produit aucun rapport mensuel	2
Raisons (ESPC) pour lesquels les ASC n'ont pas produit tous les rapports mensuels : Abandon, indisponibilité de certains		

5

### POINT DE LA PRODUCTION DES RAPPORTS DES ASC ET SUPERVISEURS T2

ACTEURS	INDICATEURS	ATELIER VALIDATION
ASC	ASC ayant produit tous les rapports mensuels	121
	ASC n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	57
	ASC n'ayant produit aucun rapport mensuel	5
IDE	IDE ayant produit tous les rapports mensuels	33
	IDE n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	2
	IDE n'ayant produit aucun rapport mensuel	2
Raisons (ESPC) pour lesquels les ASC n'ont pas produit tous les rapports mensuels : Abandon, indisponibilité de certains		

6

REVUE DU CONTENU DES RAPPORTS MENSUELS ASC ET IDE							
QUALITE DES DONNEES		Jan	Feb	Mars	Avril	Mai	Juin
ASC	<b>Complétude de remplissage</b> (Rapports avec tous les items renseignés/ rapports attendus)	57%	75%	67%	76%	73%	67%
	<b>Cohérence des données</b> (Rapports dont les items respectent la logique/rapports reçus)	75%	55%	86%	94,20%	90%	90,20%
IDE	<b>Complétude de remplissage</b> (Rapports avec tous les indicateurs renseignés/ rapports attendus)	84%	100%	100%	100%	94%	100%
	<b>Cohérence des données</b> (Rapports dont les items respectent la logique/rapports reçus)	50%	50%	83%	94,44%	88,89%	85,71%
	<b>Exactitude</b> <b>(Rapports ASC/Rapports IDE)</b> (Somme des valeurs rapports ASC conforme au rapport IDE)	100%	100%	83%	96,88%	77,08%	95,54%

Noms des ESPC devant améliorer le contenu de leurs rapports mensuels :

NB pour la cohérence de données les indicateurs suivants sont mis en corrélation:

1. Nombre de séances de Causerie Educative doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages touchés ( Voir tableau 2a dans les rapports mensuels )
2. Nombre de Femme Enceinte doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages éligibles à la CPNr ( voir Tableaux 1 et 3a dans le rapport mensuels )
3. Nombre de ménages ayant adopté au moins 3 PFE doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages ayant adopté l'ensemble des PFE pour lesquelles ils sont éligibles ( voir tableau 3b)

7

OBSERVATIONS SUR LE CONTENU DES RAPPORTS/MATRICE INDICATEURS/DHIS2	
	PRINCIPAUX CONSTATS LORS DE L'ATELIER DE VALIDATION
<b>Complétude et promptitude</b>	Complétude ASC: T1: 66,33%, T2: 72% (Moyen) Complétude IDE: T1: 95%, T2: 98% (BON) Promptitude ASC: T1: 66,33%, T2: 72% (MOYEN) Promptitude IDE: T1: 95%, T2: 98% (BON)
<b>Exactitude des données</b>	IDE : T1: 94,33% (Moyen), T2: 89,83% (Bon)
<b>Cohérence des données</b>	ASC: T1: 72%, T2: 78% (Moyen) IDE: T1: 61%, T2: 74,33% (Moyen)
<b>Appréciation global de la qualité des données (Complétude, Promptitude, Exactitude, Cohérence)</b> (Indiquez si globalement les données sont de qualité? Justifier la Réponse)	Les données sont de bonnes qualités dans l'ensemble. Les taux de promptitude, de cohérence et de complétude sont de qualité moyenne chez les ASC mais plutôt bonne chez les IDE superviseurs
<b>Point de la saisie des données communautaires dans DHIS2: T1/T2</b> (Préciser le pourcentage rapports saisis dans DHIS2)	Dans le DHIS2, 100% de rapport saisi en thème de promptitude et de complétude. Tous les rapports déposés ont été saisis.
<b>Analyse et utilisation des données communautaires</b> (Donner des exemples d'utilisation des données communautaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accentuer la sensibilisation sur le paludisme, l'utilisation de la MILDA et la fréquentation des centres;</li> <li>- La recherche des femmes enceintes perdues de vue pour la SP;</li> <li>- L'amélioration de la couverture vaccinale</li> </ul>

8

**PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES AU NIVEAU DISTRICT  
DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES**

RAS

9

9

**PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET RELEVÉES LORS DE LA VALIDATION DES  
DONNÉES**

- Insuffisance de temps pour la validation des données;
- La combinaison de 2 trimestres a augmenté la logistique à déplacer pour la validation;
- Le fait que certains ASC n'ont pas rapporté;
- Absence d'ordinateur portable professionnel pour le CAC Région et district

10

10

## RECOMMANDATIONS

- Mettre à la disposition du CAC de la connexion internet pour la saisie et l'envoi des données
- Mettre à la disposition du CAC un moyen de mobilité pour ses différentes activités communautaires
- Prévoir un mécanisme rapide de motivation des ASC
- Valider les données par trimestre;
- Augmenter le temps de validation de données par District;
- Prendre en compte le séjour de l'infirmier et de l'ASC pour la durée de validation des données;
- Équiper la Région d'ordinateur portable, de moyens de communication et d'engins de liaison
- Équiper les ASC de motos

11

11

## DDS: TANDA

- Nombre de sites : 22
- Noms des sites :
- Nombre total d'ASC sur les sites : 78

12

12

## REVUE DES RAPPORTS DDS TANDA

	RAPPORTS	ATTENDUS	PRODUITS	COMPLETITUDE= Rapp produit/Rapp Attendu	PROMPTITUDE= Rapp à temps/Rapp Attendu
Janvier 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	95%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	88%
Février 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	90%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	90%
Mars 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	90%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	90%

13

## REVUE DES RAPPORTS DDS TANDA

	RAPPORTS	ATTENDUS	PRODUITS	COMPLETITUDE= Rapp produit/Rapp Attendu	PROMPTITUDE= Rapp à temps/Rapp Attendu
Avril 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	96%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	98%
Mai 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	91%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	95%
Juin 2022	Nombre de rapport ASC	78	78	100%	90%
	Nombre de rapport IDE/SFDE	22	22	100%	94%

14

### POINT DE LA PRODUCTION DES RAPPORTS DES ASC ET SUPERVISEURS

ACTEURS	INDICATEURS	ATELIER VALIDATION
ASC	ASC ayant produit tous les rapports mensuels	78
	ASC n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	00
	ASC n'ayant produit aucun rapport mensuel	00
IDE	IDE ayant produit tous les rapports mensuels	22
	IDE n'ayant pas produit tous les rapports mensuels	00
	IDE n'ayant produit aucun rapport mensuel	00
Raisons (ESPC) pour lesquels les ASC n'ont pas produit tous les rapports mensuels : RAS		

15

### REVUE DU CONTENU DES RAPPORTS MENSUELS ASC ET IDE

QUALITE DES DONNEES		Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin
ASC	<b>Complétude de remplissage</b> (Rapports avec tous les items renseignés/ rapports attendus)	90 %	91%	89%	92%	94%	92%
	<b>Cohérence des données</b> (Rapports dont les items respectent la logique/rapports reçus)	100%	90,9%	89,39%	88,9%	92,6%	97,4
IDE	<b>Complétude de remplissage</b> (Rapports avec tous les indicateurs renseignés/ rapports attendus)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>Cohérence des données</b> (Rapports dont les items respectent la logique/rapports reçus)	100%	83,3%	100%	83,3%	88,9%	100%
	<b>Exactitude</b> (Rapports ASC/Rapports IDE) (Somme des valeurs rapports ASC conforme au rapport IDE)	70,31%	95;3%	93,4%	90,6%	93,7%	93,7%

Noms des ESPC devant améliorer le contenu de leurs rapports mensuels :

NB pour la cohérence de données les indicateurs suivants sont mis en corrélation:

1. Nombre de séances de Causerie Educative doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages touchés ( Voir tableau 2a dans les rapports mensuels )
2. Nombre de Femme Enceinte doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages éligibles à la CPNr ( voir Tableaux 1 et 3a dans le rapport mensuels )
3. Nombre de ménages ayant adopté au moins 3 PFE doit être supérieur ou égal au Nombre de ménages ayant adopté l'ensemble des PFE pour lesquelles ils sont éligibles ( voir tableau 3b)

16

### OBSERVATIONS SUR LE CONTENU DES RAPPORTS/MATRICE INDICATEURS/DHIS2

	PRINCIPAUX CONSTATS LORS DE L'ATELIER DE VALIDATION
Complétude et promptitude	100% de complétude des rapports des IDE et ASC. Bonne promptitude des rapports des IDE et ASC (plus petit = 88%)
Exactitude des données	Inexactitude des données (taux < 100%)
Cohérence des données	Bonne cohérence en janvier (IDE/ASC) et mauvaise cohérence pour tous les autres mois tant chez les IDE que chez les ASC
Appréciation global de la qualité des données (Complétude, Promptitude, Exactitude, Cohérence) (Indiquez si globalement les données sont de qualité? Justifier la Réponse)	Données ne sont pas de bonne qualité car malgré une bonne complétude/promptitude il n'y a pas une bonne cohérence et une bonne exactitude des données
Point de la saisie des données communautaires dans DHIS2: T1/T2 (Préciser le pourcentage rapports saisis dans DHIS2)	Point de la saisie des données dans DHIS2 au T1 = 100% et au T2 = 100%
Analyse et utilisation des données communautaires (Donner des exemples d'utilisation des données communautaires)	Utilise les données pour sensibiliser la communauté sur les problèmes de santé observés

17

17

### PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES AU NIVEAU DISTRICT DANS LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES

- Difficulté de compréhension de certains items par l'ASC et l'IDE;
- Faible niveau d'instruction de bon nombre d'ASC impactant sur la qualité des données;
- Insuffisance en médicaments et intrants;
- Insuffisance de supervision.

18

18

**PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET RELEVÉES LORS DE LA VALIDATION DES DONNÉES**

- ✓ Temps trop court pour une validation de deux trimestres (3 jours)

19

19

**RECOMMANDATIONS** **A l'endroit du District**

- ✓ Intégrer dans la grille de supervision du District les indicateurs communautaires;
- ✓ Organiser des séances de coaching des IDE/SF sur les activités communautaires.

 **A l'endroit des Superviseurs**

- ✓ Amener la communauté à s'impliquer dans la mise en œuvre des activités communautaires;
- ✓ Rendre disponible tous les médicaments au niveau des ASC.

20

20

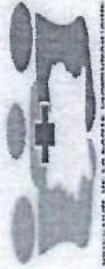


MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE  
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE



**LISTE DE PRESENCE** (SESSION 1)

**PROJET :** Appuyer le renforcement du système de suivi évaluation (supervision, monitoring décentralisé et suivi des performances) des activités au niveau communautaire (Projet UNICEF-C2D)

**OBJET :** Atelier de validation des rapports d'activités des ASC et des rapports de suivi des superviseurs (IDE/SFDE) de la période de janvier à juin (T1 et T2) 2022

**Date :** 08 AOUT 2022

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
1	KADJA ADDBA F.	DSC	Directrice	0566464580	CI00499778	
2	EBOTTO S Pelagie	DSC	Secrétaire	0586003491	C1001378509	
3	AGOH GMONJUI MARIE CAROLE	DSC	Medecin	0595294000	CD112528547	
4	KONANI Delphine	DSC	Sage-femme	0576954836	CI00234879	
5	BROU Kouame Bénédicte	PNSNE	Infirmier	0506041933	CI002246577	



Dr KADJA ADDBA F, Directrice de la Santé  
communautaire

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
6	SORO KAMA	PORO/KORHOGO	IDE/SECURITE	0564387499	CI004315650	
7	OUATARA TAHIROU GUENENIN	PORO/KORHOGO	CAC	0504849562	CI000321093	
8	BEGBE YVES TATERIK	PORO/KOMANGO	CAC	056488793	CI001491	
9	CHIEYE GUIPAD PAMODI	PORO/KORHOGO	IDE	0595828931	CI003065042	
10	MENEDA ESE YORO	PORO/SINEMATAG	CAC	0564387505	CI001533678	
11	OUATARA ISSA	PORO/SINEMATAG	IDE	0564327378	CI000870049	
12	AMANI ATTOUNGUE MARCELLIA	PORO/H'ENGUE	CAC	0505339434	CI002626619	
13	OUATARA ISOUF	PORO/H'ENGUE	IDE	0545229801	CI001018165	
14	KOUASSA RENEGA MARIE CHRISTELLE	FOLON/KANIASSO	IDE	0555886585	CI004110030	
15	TIE AKOI BIENVENUE SORO DOFANGA ABOU	FOLON/KANIASSO	CAC	0576331519	CI00021018	
16	KEITA MOHAMED	FOLON	CAC	0504404683	CI000764881	
17	KOUANOU DOUKOU EUGENE WILFRED	FOLON/MINIGMAN	IDE	0544654326	CI1215974	
18	KOUAKOU YAO BAH ELOISE	MINIGMAN	CAC	0566467707	CI002976 869	
19	GATHE OUMIRALE FABRICE	TCHOLOBO/OUANGOLO	IDE/NAMBANGA	0566490723	CI002880 879	
20		TCHOLOGO OUANGOLO	CAC	0544062320	CI000058510	



Dr KAOUA. AOUDBA. F, Directeur de la Santé Communautaire  
Com mun tanil

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
21	Bekary Coulibaly	Tchologo / Ferke'	CAC Rignon Tchologo	050559477	CI 001976831	
22	KOUASSI Koukou Raphael	Tchologo / Ferke'	CAC Ferke'	0505046912	CI 002021974	
23	AGBO BAKA AMER FRANCIS	TEHOLOGO / FERKE	Infirmier	05-64-38-68-52	CI 000157444	
24	KOFFI RETAI	Tchologo / KONG	IDÉ KONG (Assistant)	0506709009	CI 001614248	
25	Joua Ago Samuel	Tchologo / Kong	CAC Kong	0564386846	CI 001368873	
26	Gbané Sindou	Bagoue / Tengola	CAC Tengola	0566474400	CI 000967669	
27	KOFFI Koua Dje Arsene	BAGOUÉ / TENGOLA	INFIRMIER	0556-254957	CI 017902899	
28	BAYOKO Adama	Bagoué /	CAC Region	0505096244	CI 002316668	
29	ZOKOU TYBET MARC	BAGOUÉ / BOUNDIALI	DS BOUNDIALI / CAC	0556325691	CI 001476874	
30	KOFFI KOVADIO	BAGOUÉ / BOUNDIALI	DS BOUNDIALI INFIRMIER	0504655529	CI 001829614	
31	LOUE Bidi Stephane	BAGOUÉ / KOUTO	DS Kouto / IDE	0566435179	CI 002623261	
32	GONE GONDO CESHIRE	BAGOUÉ / KOUTO	DS KOUTO / CAC	0564387452	CI 000362256	
33	SOUMAHORO SEIKOU	PORO	CAC Rignon P.R.S	0505429402 0705226834	CI 002057655	
34	TA Bi Ta Justin	DSC	IDÉ / Agililation	05.06.52.36.87	CI 001483843	
35	BAH YVON DAVID	DSC	Chargé	05-06-25-55-68	CI 000244148	



DR. KASSA AJOBA. F., Directeur de la Santé Publique de la Région de la Haute Volta  
 DOMMUNANTAN

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
36	KONE KLENON	DSC	IDE / Facilitateur	05 05 80 26 00	CI 072545257	<i>[Signature]</i>
37	TRAORE SEYBOU TOKOU	DSC	Facilitateur	05 74 67 11 11	CI 00330114	<i>[Signature]</i>
38	BOSSOMA JEANNETTE	DIIS	Responsable activités CEM	05-46-00-57-11	CI 00 12, 14, 14	<i>[Signature]</i>
39	DIARRASSOUBA NAHADAORLI	PORO / DIKODDUGOU	IDE	0544162243	CI 000736868	<i>[Signature]</i>
40	ASSAMIN AKOTIO PEITECOTE DIMITRI	PORO / DASHP-CMU DIKODDUGOU	CAC-DISTRICT	0545350120	CI 171683041257	<i>[Signature]</i>
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						



Dr. KAOUJA. ADOJOBA, F, Directeur de la Santé Communautaire



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

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE



**LISTE DE PRESENCE**

(SESSION 2)

**PROJET :** Appuyer le renforcement du système de suivi évaluation (supervision, monitoring décentralisé et suivi des performances) des activités au niveau communautaire (Projet UNICEF-C2D)

**OBJET :** Atelier de validation des rapports d'activités des ASC et des rapports de suivi des superviseurs (IDE/SFDE) de la période de janvier à juin (T1 et T2) 2022

**Date :** 11 AOÛT 2022

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
1	KADTA ADJOBA F.	DSC	Directrice	0566464580	CF 00497778	
2	TA Bi Ta Justin	DSC	Facilitateur	0506523687	CE 001483843	
3	TRADRE LEPON	DSC	Facilitateur	079651115	CI 000330114	
4	TOKOU BONSOME JEANNETTE	D115	Responsable Activités Com	05-46-00-5742	CI 00.12.14413	
5	AGOH GONDJUL MARIE CAROLLE	DSC	Facilitateur	0595234000	CO 112528847	

KADTA ADJOBA F, Directrice de la Santé Communautaire



N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
6	BAH YVON DAVID	DSC	Chauffeur	05 06 21 56 65	CI 000244148	
7	KOMAN N Belpline	DSC	Facilitatrice	05 76 96 48 36	CI 000 234879	
8	KONE KLEMON	ASC	Facilitateur	05 05 80 26 08	CI 00 25 45 257	
9	KOUAKOU KOUSSA A. F. Z. M. S. Z.	BANDOUKOU / BKOZ	IAS/CAC	05 55 32 33 34	CI 00 18 11 6 82	
10	OUFFAET KOUSSI GUYCHAM	GONTOUGO / BONDOKOU	CAC R	05 04 28 29 02	CI 000 128742	
11	AFFOURBONOU KOFFI S	GONTOUGO / BONDOKOU	I DE superviseur/bell	05 64 38 72 86	CI 000 303163	
12	M'BEO APOU ROSE	GONTOUGO / TANDA	I DE superviseur	05 95 52 54 59	CI 00 93 85 86 96	
13	KADJO MINI	GONTOUGO / TANDA	CAC	05 06 10 73 84	CI 000 035068	
14	BEUGRE ANA VICTOR	GONTOUGO / KOUNFAO	CAC	05-44-88-47-20	CI 001977200	
15	YAO KIFFI JEAN-LAURE	GONTOUGO / KOUNFAO	I DE SUPERVISEUR	05 64 38 68 35	CI 01 59 52 10	
16	KOUANE KOUADIO KOUHAN	GONTOUGO / SANDEGUE	I DE SUPERVISEUR	05 06 94 58 69	CI 003948320	
17	BERIE HAMADOU	GONTOUGO / SANDEGUE	CAC	05 66 39 22 86	CI 001368109	
18	KOMENAN BSI TIBET BOMOUALIS	GONTOUGO / TRANSAHA	CAC	05 64 05 25 90	CI 002663262	
19	OSSOHOU EVARISTE	GONTOUGO / TRANSAHA	I DE superviseur	05 95 14 13 41	CI 001216032	
20	BROU YAO MARIAL	DS MADINANI	CAC	05 45 50 2 06 73	CI 0011565 45	



Dr KADJA ADOBA. F, directrice de la Santé

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
21	FIMU AYEMOU EMMANUEL	KASADOU GOU / MADINANI	IDE superviseur	0505467925	0112 866147	
22	JKEDJA Godou Roland	KARADOU GOU	CAC RATSION	0506530881	01001605126	
23	OUILLI ZWEULY GORBA EUIS	KARADOU GOU	CNC distrid	05-55-04-34-41	01001736675	
24	KOFFI AFFOUÉ ELISABETH	KASADOU GOU	IDE Myensonne	05 46 16 77 51	0107634955	
25	Kouadio Kouffi Ghidien	BOUNKANI / BOKOPO	IDE superviseur	05664587006	01002043989	
26	KOFFI Kouassi JB	BOUNKANI / BOKOPO	CAC BOKOPO	0505896633	01000756519	
27	SANGARÉ SEYDOU HANAD	BOUNKANI	CAC	0505724584	01001488584	
28	JAO GNAMTIEN Paul	BOUNKANI / NAGSIAH	IDE superviseur	0584191133	01001985611	
29	Kouadio Kouame TADOUAD	BOUNKANI / NAGSIAH	CAC	0564387318	01002110467	
30	GABOUA ARIPO AINE CHRISTIE	BOUNKANI / BOUNA	IDE	0574339237	01004232321	
31	KAMELAN FABRICE ROGER	BOUNKANI / BOUNA	CAC	0506473073	01000048124	
32	PIKA PARFANT	BOUNKANI / TEHINI	CAC	050529 6616	01001346 491	
33	YAODESIME FODOCPE	BOUNKANI / TEHINI	IDE	05-66-39-94 71	ATT000025 0011182	
34	BROU Kouame Deme	PAUNE	changeur des activités commun	050604 1933	01002246577	
35	ATIKOU Jean Liak	KARADOU GOU / FOLA	Spécialiste Santé UNICEF	0506051550		



DR KADJA. ADJOBA. F, Directrice de la Santé  
Communautaire

N°	Nom & Prénoms	Région/District	ESPC/Fonction	Contact	N° CNI	Signature
36	Yepie Stephane		Spécialiste Santé VIH	0574240433		
37	GBOU TO S. Pelagie	DSC	secrétaire	0586003491	C1001378509	
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						



Dr KADJA-ADJOBA. F, Directrice de la Santé Communautaire