



**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
www.dsccom.ci

RAPPORT DE L'EVALUATION FINAL DU PSNSC 2017-2021

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACCRONYMES	3
I. RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE	4
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
I.2. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	5
I.2.1. OBJECTIF GENERAL.....	5
I.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	5
I.2.3. RESULTATS ATTENDUS.....	5
I.3. CADRE ET DURÉE DE L'ÉVALUATION	5
I.4. CIBLE DE L'ÉVALUATION	6
I.5. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	9
I.6. COLLECTE DE DONNÉES	9
I.7. PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNÉES	12
I.8. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES	13
II. RESULTATS DE L'ÉVALUATION	14
II.1. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL	14
II.1.1. <i>Au niveau central</i>	14
II.1.2. <i>Au niveau Région sanitaire</i>	15
II.1.3. <i>Au niveau District sanitaire</i>	16
II.1.4. <i>Au niveau ESPC</i>	18
II.2. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	21
II.2.1. <i>Au niveau central</i>	21
II.2.2. <i>Au niveau Région sanitaire</i>	22
II.2.3. <i>Au niveau District sanitaire</i>	22
II.2.4. <i>Au niveau des ESPC</i>	23
II.3. LA COUVERTURE ET LA QUALITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES	26
II.3.1. <i>Au niveau central</i>	26
II.3.2. <i>Région</i>	28
II.3.3. <i>District</i>	29
II.3.4. <i>ESPC</i>	32
II.4. SYSTÈME DE SUIVI/ÉVALUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES	34
II.4.1. <i>Région</i>	37
II.4.2. <i>District</i>	38
II.4.3. <i>ESPC</i>	39
II.5. LES FORCES ET LES FAIBLESSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC 2017-2021 ...	ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.
II.5.1. <i>Niveau Central</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
II.5.2. <i>Région</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
II.5.4. <i>ESPC</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
II.5.5. <i>ASC</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
II.5.6. <i>COMMUNAUTE</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
III. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC DE 2017 À 2021	41
III.1. <i>Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire</i>	41
III.3. <i>Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires</i> ..	44
III.4. <i>Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire</i>	47
IV. RECOMMANDATIONS	48
ANNEXE 1 :	50

SIGLES ET ACCRONYMES

ASC	: Agent de Santé Communautaire
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CSE	: Responsable du Centre de Surveillance Epidémiologique
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSR	: Centre de Santé Rural
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine
DDS	: Direction ou Directeur de District Sanitaire
DGS	: Direction ou Directeur Général de la Santé
DRS	: Direction ou Directeur Régional de la Santé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
ECD	: Equipe Cadre de District
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GTT	: Groupe Technique de Travail
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
SFDE	: Sage-Femme Diplômée d'Etat
TF	: Taux de Fréquentation
TU	: Taux d'Utilisation
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

I. RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE

I.1. Contexte et justification

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est marqué par une prépondérance des maladies infectieuses et parasitaires. Le paludisme reste la principale de ces endémies responsables d'une forte mortalité chez les enfants de moins de cinq ans avec une incidence de cas de paludisme confirmé de 320 pour mille habitants (OMS, 2019) Malgré la régression de l'épidémie au niveau national le VIH/sida reste préoccupant avec une prévalence de 2,5% chez les adultes de 15-49 ans selon l'évaluation de l'impact du VIH dans la population en Côte d'Ivoire (CIPHIA 2017-2018). La tuberculose, face visible de l'épidémie sous-jacente du VIH/sida, continue de faire des victimes.

Les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés, malgré les efforts pour améliorer l'offre de soins en santé maternelle. Selon les estimations de l'ONU, le taux de mortalité maternelle était de 658 pour 100 000 en 2015 (United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group 2019). Le taux de mortalité des moins de 5 ans était de 90 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) 2019). Le taux de mortalité infantile était de 64 par 1 000 naissances vivantes en 2015 (United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) 2019). Les maladies à potentiel épidémique et/ou évitables par la vaccination représentent un danger permanent.

En 2016, la prévalence du retard de croissance (petite taille pour l'âge) était de 21,6 % ; la prévalence de l'insuffisance pondérale (petit poids pour l'âge) était de 12,8 % et la prévalence de l'émaciation (petit poids pour la taille) de 6,0 % (MICS, 2016). Les maladies non transmissibles, comme l'hypertension artérielle (HTA), les maladies métaboliques dont le diabète est le chef de file et les cancers, liées en partie aux comportements modernes de surconsommation alimentaire (sucre, sel), à l'alcool et au tabac, se développent de plus en plus. En 2005 (enquête STEPS Côte d'Ivoire), la prévalence du tabagisme quotidien était de 9,5 % et la prévalence du tabagisme non quotidien de 4,1 % dans la population âgée de 15 à 64 ans. Enfin, les accidents de la voie publique (AVP) et leurs cortèges de traumatismes graves représentent un nouveau problème de santé publique.

Pour faire face à tous ces problèmes de santé, les autorités sanitaires de la Côte d'Ivoire, avec l'appui de ses partenaires se sont dotées d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016–2020) donnant les orientations stratégiques qui déterminent les grands repères des interventions pour le développement du secteur santé.

Par ailleurs, l'appropriation et la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé sont reconnues comme gage de pérennisation des résultats acquis dans la mise en œuvre du PNDS. Celles-ci ont été bien comprises par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, qui s'est doté d'un document stratégique de la santé communautaire (PSNSC) 2017-2021. Ce plan est organisé autour de cinq axes stratégiques à savoir (i) le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ; (ii) le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire ; (iii) l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ; (iv) le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire et (v) le renforcement du financement de la santé communautaire.

Il représente par excellence la référence et la base programmatique pour toutes planifications d'interventions communautaires. Par conséquent chaque acteur du système de santé ivoirien devra s'y référer.

Le plan stratégique de la santé communautaire 2017-2021 est à sa dernière année de sa mise en œuvre. En début d'année 2020, une évaluation à mi-parcours de ce plan a été effectuée et a permis d'ajuster certaines actions à travers des recommandations formulées à l'endroit de toutes les parties prenantes.

Cette présente évaluation finale qui fait partie des mécanismes de suivi-évaluation dudit plan, devrait permettre de mieux apprécier la qualité de la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de la revue à mi-parcours du PSNSC. Puis de tirer les leçons pour définir de nouvelles orientations ou d'ajuster la stratégie pour l'élaboration du nouveau plan stratégique 2022-2025.

I.2. Objectifs de l'évaluation

I.2.1. Objectif général

Cette évaluation visait à mettre à la disposition de la DSC, des informations sur les résultats issue de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 par les acteurs communautaires afin d'améliorer les stratégies et les interventions de santé communautaire dans le cadre de l'élaboration de PSNSC 2022-2026.

I.2.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'est agi de :

1. Effectuer la revue de la performance programmatique et financière par axe stratégique et domaine thématique,
2. Identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les contraintes dans la mise en œuvre des interventions ayant contribué ou entravé l'atteinte des résultats,
3. Faire des recommandations prenant en compte les bonnes pratiques, les opportunités, les innovations dans l'élaboration du PSNSC 2022-2026,

I.2.3. Résultats attendus

A la fin du processus, l'évaluation a pu aboutir à :

1. La réalisation de la revue de la performance programmatique et financière par axe stratégique, domaine thématique en identifiant et spécifiant les niveaux de mise en œuvre des interventions/activités.
2. L'identification des forces, des faiblesses, des opportunités et des contraintes dans la mise en œuvre des interventions ayant contribué ou entravé l'atteinte des résultats ;
3. La formulation de recommandations prenant en compte les bonnes pratiques, les opportunités, les innovations pour l'élaboration du PSNSC 2022-2026

I.3. Cadre et durée de l'évaluation

L'évaluation finale du PSNSC s'est déroulé en trois (3) phases : la phase préparatoire, la phase de collecte et analyse des données, la phase de présentation des résultats.

I.3.1. Phase préparatoire

Elle a consisté à :

- Mobiliser les ressources et les acteurs

- Élaborer les drafts des TDR des différentes étapes
- Élaborer les drafts des outils de collecte de données
- Organiser un atelier de validation des outils de collecte de donnée et des TDR pour l'évaluation finale du PSNDC 2017
- Informer les parties prenantes du déroulement de l'enquête.

I.3.2. Phase de collecte et d'analyse des données

Cette phase a été une mission de collecte de données sur l'étendue du territoire national, dans toutes les zones où sont positionnés les partenaires techniques et financiers d'implémentations des interventions de santé communautaire. Elle durera trente (30) jours dont 10 jours pour la collecte de données et vingt (20) jours pour le traitement, l'analyse des données et la rédaction du rapport de l'évaluation finale par le groupe technique.

Elle a été conduite sur le terrain par cinq (05) équipes composé de deux (02) personnes issues du groupe technique de travail et de deux (02) personnes par équipe cadre du district. Les équipes se sont rendues dans :

- les structures du niveau central impliquées dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire,
- les Régions sanitaires et les Districts Sanitaires retenus,
- les établissements sanitaires de premier contact, retenus
- les communautés des établissements sanitaires de premiers contacts retenus

Cette phase s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- l'orientation de l'équipe enquêteuse sur la méthodologie et les outils de collecte
- la collecte de rapports d'activités des institutions nationales et internationales appuyant les interventions de la santé communautaire sur l'ensemble du territoire dans la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021.
- l'enquête proprement dite
- le contrôle de la qualité des données (complétude, compliance, exactitude, cohérence)
- l'enregistrement et la transmission des données collectées sur le serveur.
- le traitement et l'analyse des données.
- l'élaboration du draft du rapport de l'évaluation.

I.3.3. Phase de présentation des résultats

Cette phase a compris les étapes suivantes :

- un atelier de présentation et de validation des résultats du draft du rapport de l'évaluation finale qui a duré trois (03) jours.
- la consolidation et rédaction du rapport final de la revue en trois (03) jours par un comité restreint de 10 personnes du GTT.
- la diffusion du rapport final aux différentes parties prenantes.

I.4. Cible de l'évaluation

La cible de l'évaluation finale a été constituée des :

- Structures du niveau central impliquées dans la mise en œuvre des interventions de santé communautaire,
- Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et Organisations de la Société Civile (OSC)
- Régions sanitaires,
- Districts Sanitaires,
- Établissements sanitaires de premier contact
- Communautés.

I.4.1. Echantillonnage

Le groupe technique de travail a sélectionné un certain nombre de structures du niveau central, de PTF, d'OSC, de Régions, de Districts sanitaires et d'Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) ainsi que les communautés rattachées à ces ESPC.

I.4.1.1. Critères d'inclusion

- Structures du niveau central membre du cadre de concertation permanent des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires
- Régions sanitaires et Districts Sanitaires couverts par un partenaire technique et financier de mise en œuvre des interventions communautaires,
- Centres de santé de préférence, 01 centre rural et 01 centre urbain, menant des activités de santé communautaire,
- Communautés rattachées à un centre de santé sélectionné.

I.4.1.2. Critères d'exclusion

- Toutes les régions sanitaires dont aucun district sanitaire n'a saisi aucune donnée communautaire dans le DHIS2
- Tous les Districts Sanitaires qui n'ont saisi aucune donnée communautaire dans le DHIS2

I.4.2. Echantillon

L'évaluation finale a porté sur :

- onze (11) Régions sanitaires soit un tiers des régions sera tiré au sort :
- trente-sept (37) Districts Sanitaires : un tiers des districts des régions sélectionnées sera tiré au sort
- soixante-quatorze (74) ESPC : deux ESPC par district (un centre de santé rural et un centre de santé urbain)
- 1 ASC, un autre acteur communautaire (GF, EdM/EdF, CLC, GAC, membre du COGES)
- et les membres de la communauté (4 membres par ESPC visité)

I.4.2.1. Choix des régions

Les 33 régions ont été constituées en cinq strates :

- Strate A composé de 7 régions sanitaires de l'axe Nord (Poro, Tchologo, Bagoué, Kagbadougou, Folon, Béré et Worodougou)
- Strate B composé de 6 régions sanitaires de l'axe Ouest (Tonkpi, Guemon, Cavaly; Haut Sassandra, Goh, Bafing)
- Strate C composé de 6 régions sanitaires de l'axe Est (Indienne-Duablin, Gontougo, Boukani, Iffou, Moronou, Mé)
- Strate D composé de 5 régions sanitaire de l'axe Centre (Gbeké, Belier, N'zi, Hambol, Marahoué)
- Strate E, composé de 9 régions de l'axe Sud (San-Pédro, Nawa, Gbloklé, Lodjiboua, Agneby, Sud-Comoé, Grand-Pont, Abidjan 1, Abidjan 2).

L'intérêt de cette stratification a été de permettre de capter les différentes pratiques des acteurs communautaires dans la mise en œuvre des actions des santé communautaire dans les différentes régions du pays.

Le poids de chaque strate a été calculé proportionnellement au nombre de régions sanitaires représentées dans la strate. Cela a permis de déterminer le nombre de régions sanitaires à sélectionner par strate.

Au niveau de chaque strate, le choix des régions s'est fait à travers un tirage aléatoire systématique sur la base de la liste des régions sanitaires pré-numérotées suivant le numéro ordre croissant du numéro de code attribué au région sanitaire.

Au niveau de chaque région sanitaire sélectionnée, un tiers (1/3) des districts sanitaires a été sélectionné.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon

N	STRATE	Nombre de région Sanitaire composant la strate	Nombre de DS composant la strate	Poids de la strate	Nombre de régions sanitaires à sélectionner	Nombre de districts sanitaire à sélectionner	Nombre de CSU et CSR à sélectionner
A	AXE NORD	7	23	0.21	2	8	16
B	AXE OUEST	6	22	0.18	2	7	14
C	AXE EST	6	23	0.18	2	8	16
D	AXE CENTRE	5	21	0.15	2	7	14
E	AXE SUD	9	24	0.24	3	8	14
TOTAL		33	113	1	11	38	74

I.4.2.2. Choix des districts sanitaires

Le choix des districts s'est fait à travers un tirage aléatoire systématique sur la base de la liste des districts sanitaires pré-numérotés suivant le numéro ordre croissant du numéro de code attribué au district sanitaire. Un pas de sondage a été calculé afin de déterminer les districts sanitaires devant participé à l'enquête.

I.4.2.3. Choix des ESPC

Au niveau de chaque district sanitaire, le choix du centre de santé urbain et du centre de santé rural s'est fait à travers un tirage aléatoire systématique sur la base de la liste des centres santé urbains et des centres de santé ruraux pré-numérotés.

I.4.2.4. Choix des ASC et des autres acteurs de la communauté

Au niveau de chaque centre de santé urbain ou rural sélectionné, on a choisi un ASC à plus de 5 km et un autre acteur communautaire (Groupement féminin(GF) ou Ecole des Maris (EdM)/Ecole des Femmes (EdF) ou Cellule Locale de Communication (CLC) ou Groupe d'Acton Communautaire (GAC) ou membre du COGES).

NB : Dans la détermination du nombre de régions/districts sanitaires à sélectionner, si le décimal est supérieur ou égal à 5, alors, on choisira l'entier supérieur. Si le décimal est inférieur à 5, on choisira le nombre entier relatif.

Un arbitrage (rabais ou majoration) a été laissé au groupe technique dans le choix définitif du nombre des régions/districts à sélectionner si le nombre total de régions/districts était supérieur ou inférieur à l'échantillon attendu.

I.5. Outils de collecte des données

Cinq (5) types de fiches de collecte de données ont été élaborées pour servir de guide pour la revue. Il s'agit du :

- Guide d'entretien niveau central MSHP-CMU
- Guide d'entretien niveau central des partenaires techniques et OSC.
- Guide d'entretien de la Région,
- Guide d'entretien du District Sanitaire,
- Guide d'entretien PMO niveau District
- Guide d'entretien de l'ESPC
- Guide d'entretien ASC/ autre acteurs communautaires (GF, EdM/EdF, CLC, GAC, membre du COGES)
- Guide d'entretien autre membre de la communauté

Les informations recueillies ont été consignées sur les différentes fiches. Les fiches ont été distribuées d'avance et mises à disposition des structures à visiter afin de mieux préparer la mission.

I.6. Collecte de données

I.6.1. Sources de données

La collecte des données s'est appuyée sur des données secondaires et primaires.

Les données secondaires ont été collectées au niveau des OBC/PMO intervenant dans l'offre des soins de santé communautaire comme l'indique le tableau ci-dessous

Tableau : Niveau de collecte et source de collecte de donnée

Niveau de la collecte	Sources de la collecte
Niveau central MSH-PMU	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de référence pour les normes d'offre de services • Enquêtes/recherche opérationnelle • les cadres de collaboration avec d'autres structures, • Rapports trimestriels/ semestriels/ annuels d'activités, • Rapports de supervision, • Compte-rendu de réunions ou d'activités, • Questionnaire.
Partenaires techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de référence pour les normes d'offre de services • Enquêtes/recherche opérationnelle • les cadres de collaboration avec d'autres structures, • Rapports trimestriels/ semestriels/ annuels d'activités, • Rapports de supervision, • Compte-rendu de réunions ou d'activités, • Questionnaire.
Régions et District sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de référence pour les normes d'offre de services • Enquêtes/recherche opérationnelle • les cadres de collaboration avec d'autres structures, • Rapports trimestriels/ semestriels/ annuels d'activités, • Rapports de supervision, • Compte-rendu de réunions ou d'activités, • Questionnaire.
Partenaires de mise en œuvre (OBC/PMO)	<ul style="list-style-type: none"> • Documents de référence pour les normes d'offre de services • Rapports d'activités mensuels, trimestriels et annuels, • Outils de collecte de données, • Documents de standards¹ • Documents de directives et standards nationaux, • Questionnaire.
ESPC	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports mensuels d'activités, • Rapports de supervision, • Outils primaires • Compte-rendu de réunions ou d'activités, • Documents de directives et standards nationaux, • Questionnaire

En ce qui concerne les données primaires, elles ont été collectées auprès de l'ensemble des parties prenantes à travers des entretiens. Il s'agit :

- Au niveau de la région : l'équipe régionale de santé
 - au niveau du DS : l'équipe cadre du district ;
 - au niveau des centres de sante : des responsables de structure, IDE/SFDE superviseur, les ASC/autre acteur communautaire (GF, EdM/EdF, CLC, GAC, membre du COGES)
- au niveau des communautés, :un chef de la notabilité, un leader religieux, responsable association des femmes, président des jeunes

I.6.2. Techniques et instruments de collecte de données

La collecte de données a combiné les approches quantitative et qualitative. Cette approche a offert l'opportunité de cerner les différents aspects de l'évaluation, d'apprécier objectivement la stratégie et les actions initiées par OBC/PMO en matière d'offre de soins de santé communautaire, de donner les perspectives et a permis d'appréhender à travers cette évaluation les résultats de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021.

L'approche quantitative s'est faite au moyen de l'administration d'un questionnaire aux acteurs et prestataires impliqués dans l'offre de soins de santé communautaire.

I.6.3. Revue documentaire

La revue documentaire a permis de collecter un ensemble de données sur la mise en œuvre des activités communautaires. Elle a consisté à examiner les documents de références des organisations pour en extraire les données utiles et nécessaires pour les besoins de l'évaluation. Des rencontres avec les responsables des partenaires techniques à permis dès l'entame du processus, de disposer des rapports d'activités, de supervision/mission et des documents de référence ainsi que des documents produits par l'ensemble des PMO impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires.

La revue documentaire s'est focalisée en partie sur les fiches d'évaluation de la qualité et les grilles de supervision utilisées dans le cadre de l'évaluation de la qualité de services. Les équipes d'enquête ont procédé à la collecte des données des différentes évaluations afin d'analyser le respect des normes et procédure en matière d'offre de soins de santé communautaire au cours de la mise en œuvre des interventions.

I.6.4. Interview

Les entretiens individuels ont été orientés vers les directions centrales du MSHP, les partenaires techniques, les partenaires de mise en œuvre, les directeurs des districts sanitaires, les responsables des santés de santé urbains et rurales, les ASC et les communautés.

Au sein de ces structures, les entretiens ont été réalisés soit avec les responsables ou le acteurs clés. Les entretiens ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien. Sept guides ont servi au recueil des informations.

Le premier a été adressé aux directions centrales du MSHPCMU. La quête d'informations a concerné leur implication dans le renforcement de la politique nationale de santé communautaire. Les questions se sont articulées autour des appuis apportés par ceux-ci dans la mise en place de documents de politique, de gouvernance et leadership, de document de procédures, de normes et standard.

Le deuxième a été adressé aux partenaires techniques. La quête d'informations a concerné leur implication dans l'exécution du projet en termes de stratégies et de moyens déployés, d'appui apporté au PMO, de collaboration avec le district sanitaire et la PF.

Le troisième a été adressé aux directions régionales. La quête d'informations a concerné leur implication dans le renforcement de la politique nationale de santé communautaire au niveau district. Les questions se sont articulées autour des appuis apportés par ceux-ci aux districts sanitaires en tant que structure coordonnatrice.

Le quatrième a été destiné aux directeurs des districts sanitaires. Avec ce guide, il s'est agi de savoir dans quelle mesure leur implication contribue au renforcement de la politique nationale de santé communautaire au niveau local. Les questions se sont articulées autour des appuis apportés par ceux-ci au centre de santé en tant que structure coordonnatrice.

Le cinquième a concerné les partenaires de mise en œuvre. La quête d'informations a porté sur leur capacité à mettre en œuvre les interventions de santé communautaire, les stratégies employés dans ce cadre, les services offerts, les difficultés rencontrés et les défis à relever et les perspectives.

Le sixième a eu pour cible les ASC. Les discussions se sont articulées autour de la collaboration avec les partenaires de mise en œuvre et le district sanitaire, les services reçus de ceux-ci pour l'amélioration de la qualité des interventions. Le respect de la mise en œuvre des stratégies, des normes et standards dans l'offre des services en matière de santé communautaire et leurs opinions sur les stratégies et l'offre des services.

Le septième a eu pour cible les communautés. Les discussions se sont articulées autour de la collaboration avec les partenaires de mise en œuvre, le centre de santé et les ASC, les services reçus de ceux-ci pour l'amélioration de la qualité des interventions et leurs opinions sur l'offre des services.

I.7. Processus de collecte de données

I.7.1 Recrutement des enquêteurs

Cinq (05) équipes ont été constituées et étaient composées de deux (02) personnes chacune, issues du groupe technique de travail (soit 10 personnes du GTT) et de deux (02) personnes par équipe cadre du district (soit 74 personnes des ECD).

I.7.2. Déroulement de la collecte de données

Les trente sept (37) districts sanitaires retenues pour l'évaluation ont été regroupées en cinq grands axes afin de réduire les coûts relatifs à l'enquête.

- **Axe 1** : Districts sanitaires (Korphogo1, Korphogo 2, Sinematiali, M'bengué, Dikodougou, Odiéné, Minigna)
- **Axe 2** : Districts sanitaires (Man, Danané, Zouan Hounien, Biankouman, Daloa, Issia et Vavoua)
- **Axe 3** : Districts sanitaires (Abengourou, Agnibiliekro, Betié, Bondoukou, Tanda, Transua, Kounfao et Sandegué)
- **Axe 4** : Districts sanitaires (Beoumi, Sakassou, Bouaké Nord-Ouest, Bottro, Toumodi, Didievi et Tiebissou)
- **Axe 5** : Aboisso, Adiaké, Tiapoum, Agboville, Tiassalé, Soubré, Meagui et Buyo)

Sur chaque site, les enquêteurs ont procédé d'abord à la présentation des objectifs de l'évaluation aux responsables des régions sanitaires, des districts sanitaires, des OBC/PMO, des centres de santé. Puis après avoir obtenu l'accord de ceux-ci, ils ont procédé à la collecte de données pour l'ensemble des cibles.

I.7.3. Gestion des données

En ce qui concerne les données quantitatives, au terme de chaque journée de travail, le superviseur, a vérifié que le quota de questionnaire à administrer a été atteint. Puis il a procédé à la vérification des questionnaires remplis avant de les transmettre au chef d'équipe. Pendant la collecte, le chef d'équipe et le superviseur ont suivi les enquêteurs pour s'assurer de la qualité du travail, ils ont vérifié la progression dans le travail, clarifier les questions qui ont posé problème pour les enquêteurs, les ont approvisionnés en questionnaires et leur ont fourni des conseils pour résoudre au cas par cas les éventuels problèmes qu'ils ont rencontrés. Tout au long du processus de collecte de données, la communication par téléphone a été maintenue entre chef d'équipe, superviseur et enquêteur par téléphone pour résoudre les défis qui se sont présentés.

A la fin de chaque entretien individuel, les modérateurs ont passé en revue l'entretien pour s'assurer de l'enregistrement intégral de la discussion. Au terme de la journée, lors du débriefing, les données ont été transférées dans un dossier de l'ordinateur portable du superviseur. Cette approche a permis de protéger les données collectées dans le cas où un dictaphone a été perdu ou si les données ont été involontairement supprimées ou écrasées lors d'une mauvaise manipulation de l'appareil.

I.8. Traitement et analyse des données

I.8.1. Traitement des données

Au terme de la collecte et de la centralisation des questionnaires, les superviseurs ont procédé à la vérification de la codification des réponses aux questions. Les données quantitatives saisies sur les tablettes ont fait d'abord l'objet d'une exportation dans un logiciel d'application pour minimiser les risques d'erreurs dans la saisie des données de l'évaluation. Le principe de la double saisie a été par ailleurs retenu dans cette perspective. Cette base de données a été ensuite importée vers le logiciel S.P.S.S pour leur traitement.

Les données qualitatives issues des entretiens individuels seront d'abord transcrites et saisies sur Microsoft Word. Ces entretiens ont été ensuite transférés dans le logiciel MaxQDA. Puis ils ont fait l'objet d'un codage par thème, sous thème et idée qui a favorisé leur analyse.

I.8.2. Analyse des données

I.8.2.1. Analyse des données quantitatives

L'analyse de ces données a été de type descriptif avec la production de statistiques descriptives. Au cours de l'analyse descriptive, la qualité des interventions ont été décrites suivant les principales variables de l'étude.

Des tests de Khi-2 ont été réalisés pour attester de la corrélation entre les variables issues de l'enquête primaire. Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil de 0,05. L'analyse des résultats s'est focalisée sur les principaux indicateurs (*Pourcentage d'ASC respectant les normes et standard dans l'offre de soins ; etc.*).

II. RESULTATS DE L'EVALUATION

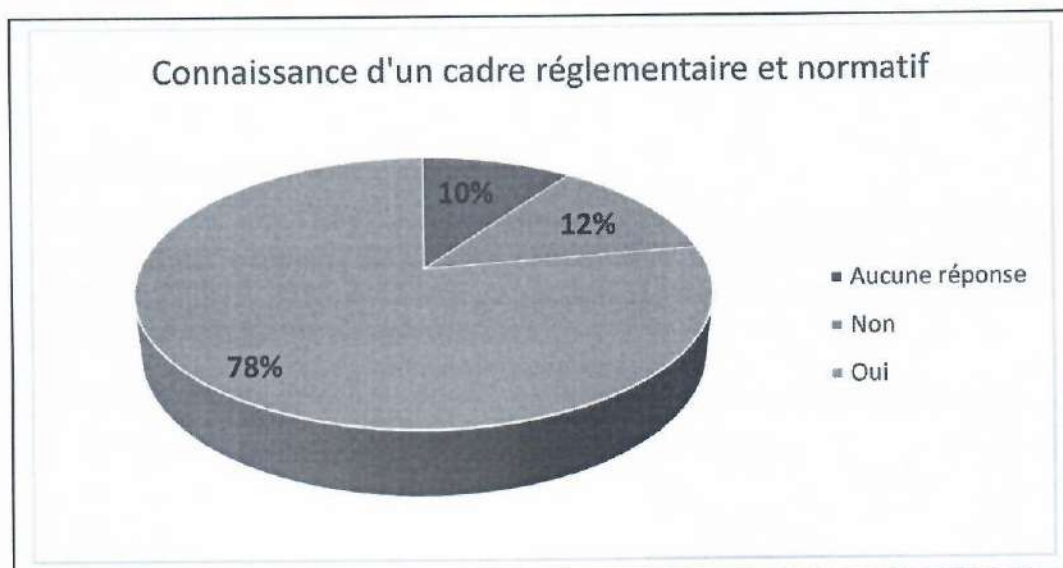
L'analyse des données de l'évaluation finale du PSNSC 2017-2021 se fera en fonction des piliers du cadre stratégique et la stratification qui a été mise en place (national, régional, district, ESPC, ASC, membres de la communauté). Cette organisation calquée sur structuration de la revue à mi-parcours, permettra d'apprécier aisément les acquis et la prise en compte des recommandations.

II.1. Cadre institutionnel et organisationnel

II.1.1. Au niveau central

Les équipes d'évaluation finale ont eu des entretiens avec différentes structures au niveau central, soit gouvernemental, PTF ou ONG. Au total, 40 structures ont été visitées dont 16 Directions centrales (40%), 9 PROGRAMME DE SANTE (22,5%), 9 OSC ET ONG NATIONALES (22,5%), 6 AGENCES DU SNU ET ONG INTERNATIONALES (15%).

La plupart des structures du niveau central (78%) connaissent l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire et 72,5% disposent du Plan Stratégique National Santé Communautaire 2017-2021(Graphique 1).



Graphique 1 : Proportion des structures qui ont connaissance d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire

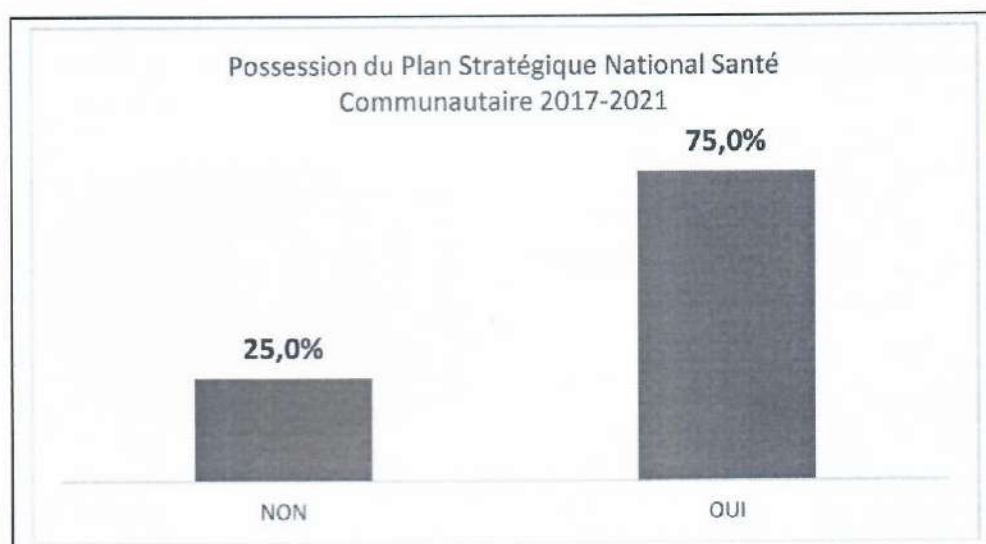
Par ailleurs, la majorité de ces structures (75%) a affirmé avoir participé à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021 soit par élaboration de document normatif de la santé communautaire et Formation des acteurs communautaires, soit par motivation financière ou non financière des acteurs, soit par approvisionnement en intrants et médicaments ou alors par coordination de la mise en œuvre, suivi et évaluation (Tableau I).

Tableau I : Répartition des structures du niveau central selon leur participation à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021

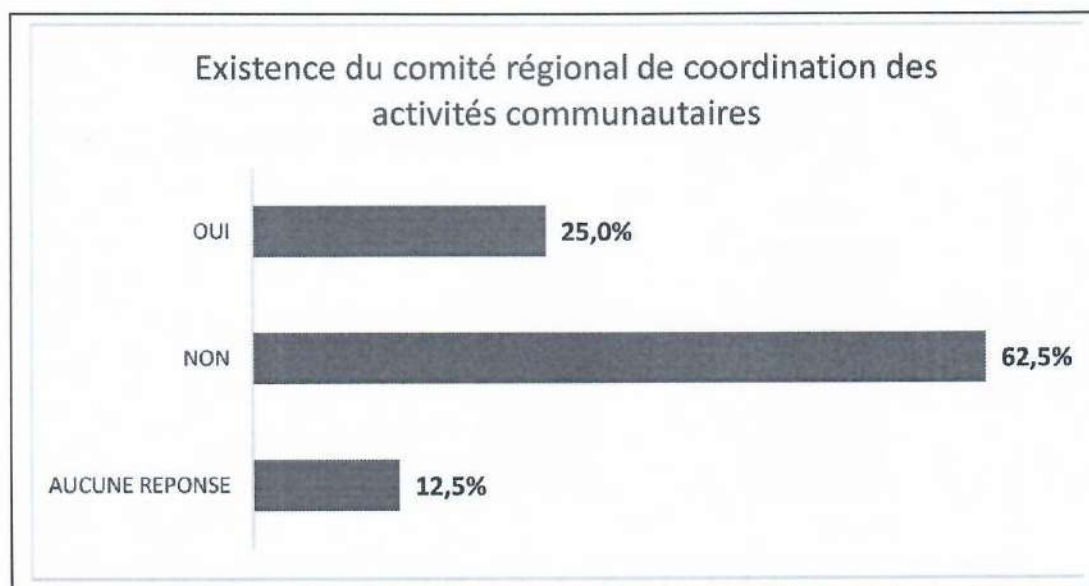
Participation à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021	Fréquence N=190	Pourcentage
Approvisionnement en intrants et médicaments	10	5,3%
Motivation financière des acteurs et Motivation non financière des acteurs	27	14,2%
Financement des interventions communautaires et Équipements (kit ASC, matériels....)	32	16,8%
Coordination de la mise en œuvre et Suivi et évaluation	32	16,8%
Élaboration de document normatif de la santé communautaire et Formation des acteurs communautaires	50	26,3%
Participation au cadre de concertation	31	16,3%
Autres	8	4,2%

II.1.2. Au niveau Région sanitaire

La plupart des régions soit 87,5%, a connaissance de l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire. Parmi celles-ci, 75% possèdent effectivement le PSNSC 2017-2021 soit en version physique ou en version électronique et quelque fois les deux versions (Graphique 2).

**Graphique 2 : Proportion des régions sanitaires qui possèdent le PSNSC 2017-2022**

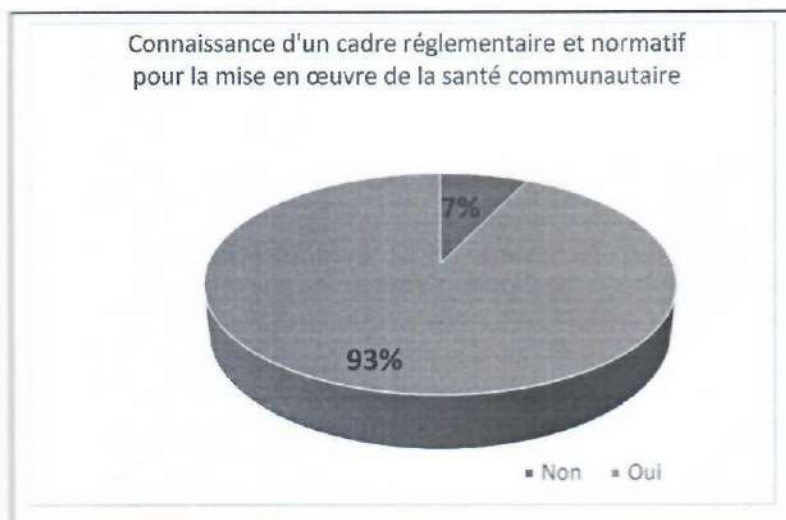
Les régions sanitaires connaissent le mécanisme standardisé de motivation pour les acteurs communautaires (62,5%) et seulement 25% des régions ont mis en place un comité régional de coordination des activités communautaires (Graphique 3).



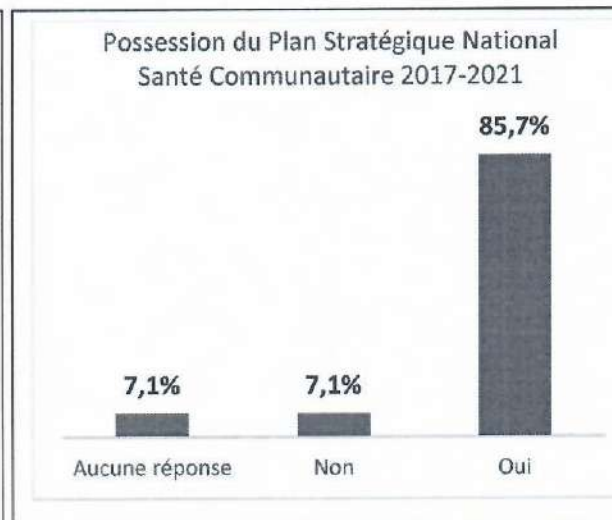
Graphique 3 : Proportion des régions sanitaires disposant d'un comité régional de coordination des activités communautaires

II.1.3. Au niveau District sanitaire

93% des districts connaissent l'existence du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire (Graphique 4) et 85,7% des district possèdent le PSNSC 2017-2021 (Graphique 5).

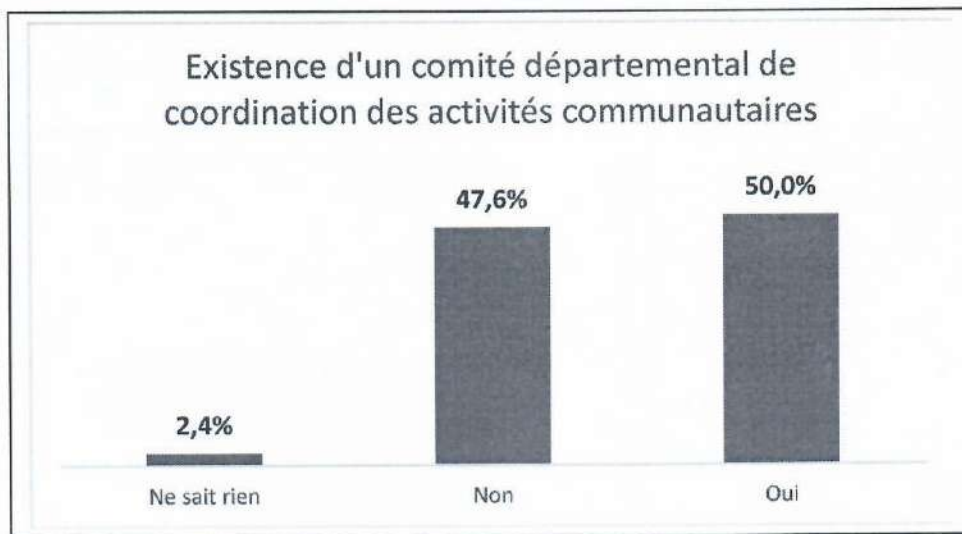


Graphique 4 : Proportion des districts sanitaires connaissant cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire



Graphique 5 : Proportion des districts sanitaires possédant le PSNSC 2017-2021

Par ailleurs, seulement 50% des districts ont reconnu l'existence d'un comité départemental de coordination des activités communautaires (Graphique 6). Puis, 64,3% des districts connaissent le mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire (Graphique 7).



Graphique 6 : Proportion des districts sanitaires où, il existe un comité départemental de coordination des activités communautaires



Graphique 7 : Proportion des districts sanitaires connaissant le mécanisme standardisé de motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire

II.1.4. Au niveau ESPC

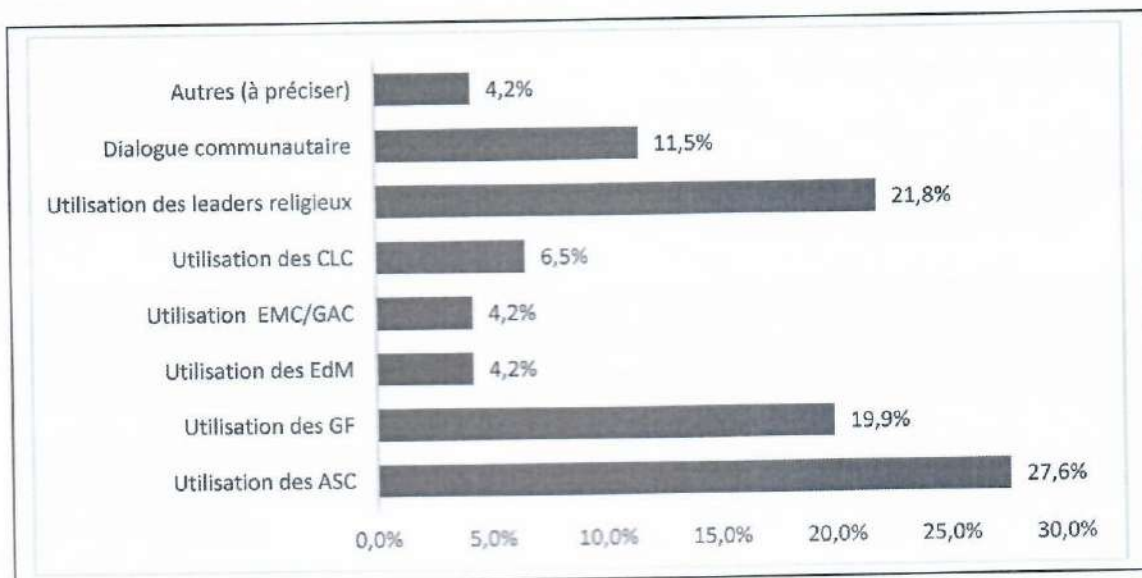
Pour les ESPC, 75% ont déclaré savoir de l'existence de PSNSC 2017-2021 (Graphique 8) et 83,3% affirment mener les activités conformément à la stratégie communautaire nationale (Graphique 9). Aussi, les ESPC ont cité un large éventail de stratégies communautaires notamment : l'utilisation des ASC (27,6%), utilisation des leaders religieux (21,8%), utilisation des groupements féminins (19,9%), dialogue communautaire (11,5%), etc (Graphique 10)



Graphique 8 : Proportion des ESPC connaissant l'existence du PSNSC 2017-2021



Graphique 9 : Proportion des ESPC qui appliquent la stratégie communautaire nationale



Graphique 10 : Proportion des ESPC qui utilisent les stratégies communautaires

Par ailleurs les ESPC visités réalisent les activités de lutte contre le Paludisme, les Infections Respiratoires Aigües (IRA) la diarrhée (75%), le Vih/ sida (65%), la Tuberculose (61%), ainsi que des activités de Santé mère-enfant (73%) et de Santé de la Reproduction /Planification Familiale (73%). Les composantes promotionnels et préventives, la prise en charge et la référence ainsi que la surveillance, occupent des proportions variables (Tableau II).

Tableau II : Répartition des ESPC selon les activités du PMA réalisées en fonction des différents volets

Activités offertes	Prévention/ Promotion	Prise En Charge/Référence	Surveillance
Palu/IRA/ diarrhée	36,2%	36,2%	27,5%
Vih/ sida	40,2%	31,6%	28,2%
Tuberculose	41,2%	24,7%	34,0%
Santé mère enfant	35,6%	34,2%	30,2%
SR/PF	37,9%	35,7%	26,4%

II.1.5. Au niveau COMMUNAUTE

Dans la communauté, les personnes interrogées sur l'existence des structures communautaires de planification, de mise en œuvre et de suivi des activités communautaires qui sont : le comité de gestion du centre de santé (COGES), Comité Villageois de Santé (CVS) et Comité Villageois de Développement (CVD) existent. La plus connue de ces structures est le COGES dont l'existence est confirmée par 74,4% des membres des notabilités et leaders religieux, 85,3% des ASC et 85,3% des autres acteurs communautaires. Ensuite, vient le CVD connu de 76% des membres des notabilités et leaders religieux, 77,3% des ASC et 71,0% des autres acteurs communautaires. Le CVS est le moins connu. (Tableau III)

Tableau III : Répartition des différentes composantes de la communauté en fonction de leurs réponses sur l'existence des structures communautaires

Structures communautaires	Notabilité et guides religieux N=250	Agents de Santé communautaire N=75	Autres acteurs communautaires N=31
Connaissance de l'existence d'un comité de gestion du centre de santé (COGES)	74,4%	85,3%	80,6%
Connaissance de l'existence d'un Comité Villageois de Santé (CVS)	31,2%	34,6%	41,9%
Connaissance de l'existence d'un Comité Villageois de Développement (CVD)	76%	77,3%	71,0%

En ce qui concerne les stratégies communautaires mises en œuvre au sein de la communauté, qui sont : le Comité Local de Communication (CLC), le Groupe d'Action Communautaire (GAC), l' Ecole de Maris modèles (EdM) et le Groupement Féminin (GF), elles sont peu connues. En effet, seulement 44,0% de la notabilité et des guides religieux connaissent l'existence d'un Comité Local de Communication (CLC), 21,2% de ceux-ci connaissent l'existence d'un Groupe d'Action Communautaire (GAC), 39,2% d'entre eux connaissent l'existence d'un Point focal Groupement Féminin (PF GF) et 10,4%, l'existence d'une Ecole de Maris modèles (EdM). Cette proportion varie entre 9,3% et 45,3% chez les Agents de Santé communautaire sensés collaborer avec les différents acteurs impliqués dans ces stratégies (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des différentes composantes de la communauté en fonction de leurs réponses sur l'existence des différentes stratégies communautaires

Stratégies communautaires	Notabilité et guides religieux N=250	Agents de Santé communautaire N=75	Autres acteurs communautaires N=31
Connaissance de l'existence d'un Comité Local de Communication (CLC)	44,0%	45,3%	51,6%
Connaissance de l'existence d'un Groupe d'Action Communautaire (GAC)	21,2%	21,3%	32,3%
Connaissance de l'existence d'une Ecole de Maris modèles (EdM)	10,4%	9,3%	16,1%
Connaissance de l'existence d'un Point focal Groupement Féminin (PF GF)	39,2%	29,3%	90,3%

Pour ce qui est de la collaboration entre les ASC et les autres acteurs communautaires, 62,7% des premiers pensent qu'il existe une collaboration contre 33,3% qui ne croient pas en cette collaboration. À contrario, 83,9% des autres acteurs communautaires affirment qu'il y a collaboration avec les ASC (Tableau V).

Tableau V : Répartition des ASC et des autres acteurs communautaires en fonction de leurs opinions sur la collaboration entre eux

Opinions des acteurs sur leur collaboration	Agents de Santé communautaire N=75	Autres acteurs communautaires N=31
Existence de collaboration entre ASC et autres acteurs communautaires	62,7%	83,9%
Absence de collaboration entre ASC et autres acteurs communautaires	33,3%	12,9%
Aucun avis	4,0%	3,2%

II.2. La participation Communautaire

II.2.1. Au niveau central

Au niveau des structures centrales, 65% connaissent l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires (Graphique 11) et 68% pensent que les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG sont impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires nationale (Graphique 12). Par ailleurs, 50% de ces structures affirment connaître un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires (Graphique 13). Aussi, la collaboration entre les services de santé et les ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires est jugée satisfaisante pour 50% des acteurs centraux et très satisfaisante pour 7,5% (Graphique 14).



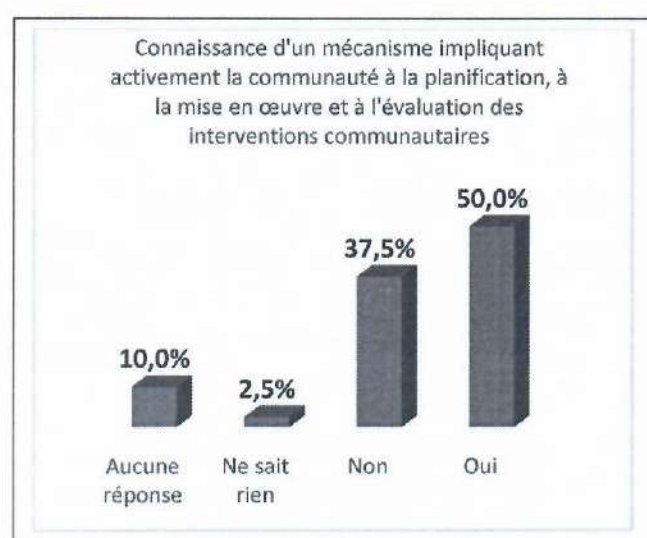
Graphique 11 : Proportion des structures centrales qui savent l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires



Graphique 12 : Proportion des structures centrales qui pense que les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG sont impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires nationale



Graphique 13 : Répartition des structures centrales selon leur avis sur la collaboration avec les ONG



Graphique 14 : Répartition des structures centrales selon leur avis sur l'implication de la communauté

II.2.2. Au niveau Région sanitaire

La grande majorité soit 87,5% des régions, a reconnu l'existence d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires (Tableau VI). Par ailleurs, nombreux sont les régions sanitaires (75%), qui ont affirmé que les collectivités locales sont impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Aussi, cette même proportion estime qu'il y a une collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales. Dans les régions visitées, 87,5% d'entre elles déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales y compris les ONG (Tableau VII).

Aussi, 62% des régions déclarent qu'il existe un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire.

Tableau VI : Répartition des régions selon l'existence de la plateforme de collaboration et du cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires

Plateforme de collaboration et le cadre de coordination multisectorielle	Fréquence N = 8	Pourcentage
Existence d'une plateforme de collaboration et le cadre de coordination multisectorielle	7	87,5%
Absence de plateforme de collaboration et le cadre de coordination multisectorielle	1	12,5%

Tableau VII : Répartition des régions selon leurs opinions sur l'implication des collectivités locales et la collaboration entre les districts, les services sociaux de base et les ONG

Opinion des différentes régions	Fréquence N=8	Pourcentage
Implication des collectivités locales	6	75,0%
Collaboration régions-districts- collectivités locales	6	75,0%
Collaboration régions-districts- services sociaux de base-ONG	7	87,5%

II.2.3. Au niveau District sanitaire

Au niveau des districts sanitaires, 66,7% disent qu'il y existe une plateforme de collaboration et un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. Quant aux collectivités locales 83,3% des districts déclarent qu'elles sont impliquées dans la mise en œuvre de la santé communautaire. Aussi, 85,7% des districts déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales. Par ailleurs, 92,9% des districts déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les districts sanitaires et les autres services sociaux de base et les ONG. Puis, 64,3% des districts affirment qu'il y a un

mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des districts sanitaires selon leurs opinion sur l'implication des collectivités locales et la collaboration entre les districts, les services sociaux de base et les ONG ainsi que l'implication des communautés à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation

Opinion des différents districts sanitaires	Fréquence N=42	Pourcentage
Existence d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle	28	66,7%
Implication des collectivités locales	35	83,3%
Collaboration entre Régions sanitaires, Districts sanitaires et les collectivités locales	36	85,7%
Collaboration entre Districts sanitaires, Services sociaux de base et ONG	39	92,9%
Mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires	27	64,3%

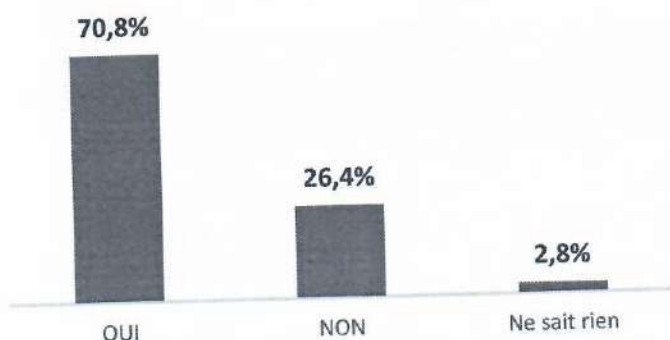
II.2.4. Au niveau des ESPC

Une grande proportion des ESPC (92%) ont déclaré que les communautés sont impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires (Graphique 15). Aussi, 70,8% des ESPC déclarent qu'il a un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG (Graphique 16). Cependant, seulement 46% des ESPC déclarent qu'il y a un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire (Graphique 17).



Graphique 15 : Répartition des ESPC en fonction de leurs réponses sur l'implication des communauté

Existence d'un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG



Graphique 16 : Répartition des ESPC en fonction de l'existence d'un cadre collaboration avec les autre services de base

Existence d'un mécanisme impliquant activement la communauté au processus de planification



Graphique 17 : Répartition des ESPC en fonction de l'existence d'un mécanisme impliquant activement la communauté

La plupart des ESPC visités soit 79,2% ont déclaré avoir un COGES fonctionnels (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des ESPC en fonction de la fonctionnalité de leur COGES

Fonctionnalité du COGES du centre de santé	Fréquence N = 72	Pourcentage
COGES fonctionnel	57	79,2%
COGES non fonctionnel	14	19,4%
Ne sait rien	1	1,4%

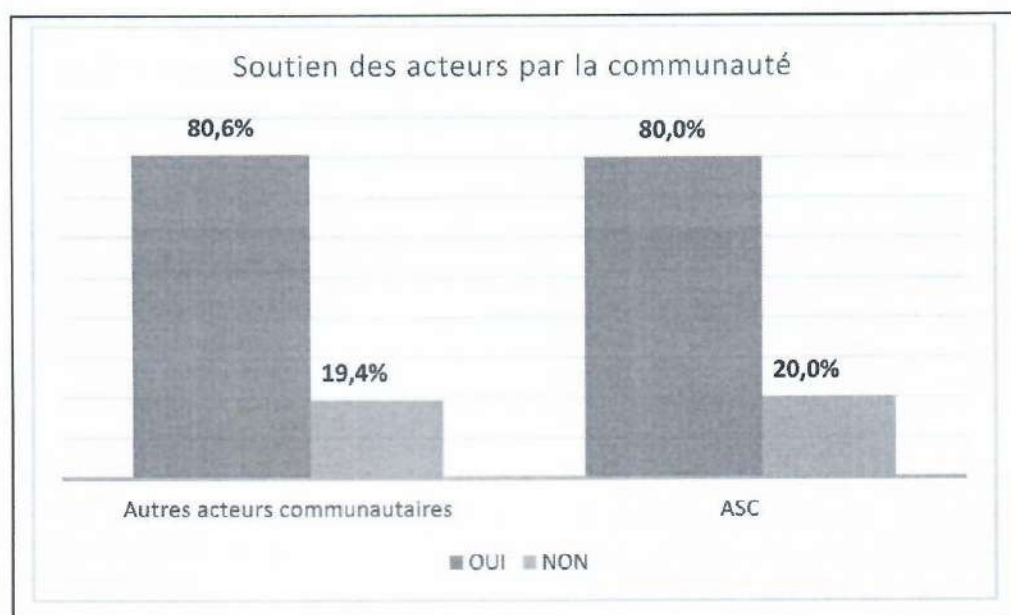
II.2.5. Au niveau de la COMMUNAUTE

La quasi-totalité des acteurs communautaires 96% des notabilités et guides religieux, 100% des ASC et 96,8% des autres acteurs communautaires reconnaissent que les communautés sont informées des activités communautaires du centre de santé. Aussi, ces mêmes cibles dans leur grande majorité confirment l'implication de la notabilité du village dans la résolution des problèmes de santé (Tableau X).

Par ailleurs, 80,6% des autres acteurs communautaires et 80% des ASC interrogés affirment recevoir un soutien de la part de la communauté (Graphique 18).

Tableau X : Répartition des différentes composantes de la communauté en fonction de leurs opinions sur l'implication des communautés dans les activités du centre de santé

Implication des communautés	Notabilité et guides religieux N=250	Agents de Santé communautaire N=75	Autres acteurs communautaires N=31
Communautés informées des activités communautaires du centre de santé	96%	100%	96,8%
Implication de la notabilité du village dans la résolution des problèmes de santé	93,2%	100%	90,3%

**Graphique 18** : Répartition des acteurs communautaires en fonction du soutien reçu de la part de la communauté

II.3. La Couverture et la Qualité des Services Communautaires

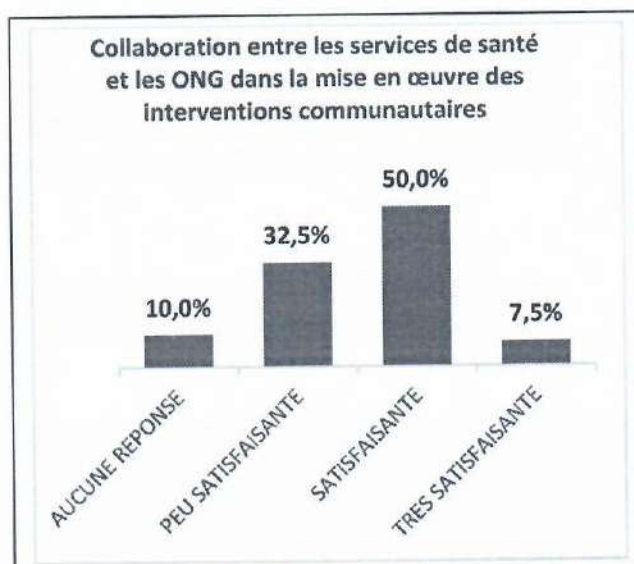
II.3.1. Au niveau central

Les structures qui ont déclaré utiliser les ASC représentent 62%, tandis que 52% utilisent les groupements féminins et 64% supportent la stratégie de mobilisation communautaire (Graphique 19).

Concernant la collaboration entre le MSHPCMU et les ONG, 57,5% des structures pense qu'elle est globalement satisfaisante (Graphique 20).



Graphique 19 : Répartition des structures du niveau central en fonction des stratégies communautaires soutenues par elles



Graphique 20 : Répartition des structures du niveau central en fonction de leur niveau de satisfaction de la collaboration avec les ONG

Sur la question concernant les éléments qui doivent déterminer la qualité des services au niveau communautaire, les répondants ont donné des réponses variées, notamment : Supervision des activités par les autorités sanitaires (19,8%), Planification des activités avec la contribution de la communauté (20,4%), Transmission des rapports d'activités (20,4%), Feed back des interventions à la communauté (20,4%), Existence de numéro vert (12,6%), etc. (Tableau XI)

Tableau XI : Répartition des structures du niveau central en fonction de leurs avis sur les éléments qui doivent déterminer la qualité des services au niveau communautaire

Éléments déterminant la qualité des services	Fréquence N=167	Pourcentage
Existence de numéro vert	21	12,6%
Supervision des activités par les autorités sanitaires	33	19,8%

Planification des activités avec la contribution de la communauté	34	20,4%
Transmission des rapports d'activités	34	20,4%
Feed back des interventions à la communauté	34	20,4%
Autres précisez	11	6,6%

Sur la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des Agents de Santé Communautaires, les répondants ont suggéré différentes approches, comme Gestion des stocks (district, ESPC, ASC), Quantification annuelle des besoins, Formation des acteurs, Circulation de l'information sur les disponibilités des stocks entre les régions, Satisfaction des commandes des ESPC, etc (Tableau XII)

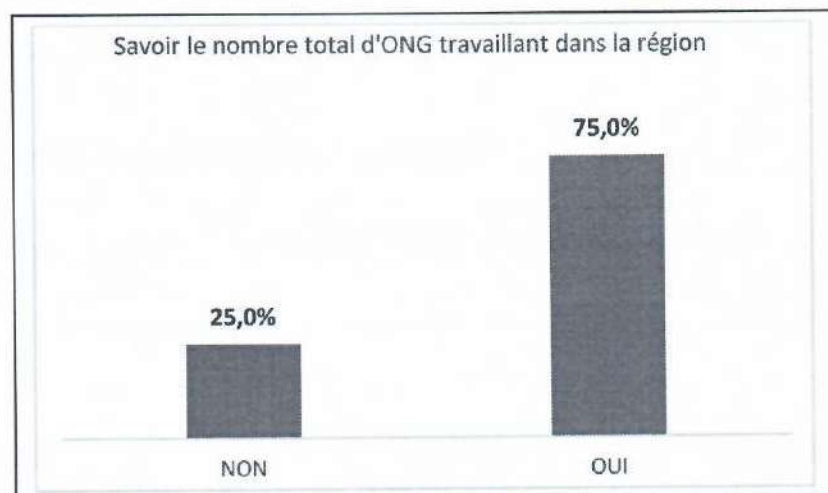
Tableau XII : Répartition des structures du niveau central selon leurs suggestions sur la problématique de la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des Agents de Santé Communautaires

Suggestions sur la problématique de la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des Agents de Santé Communautaires	Fréquence N=233	Pourcentage
Disponibilité de logiciel de gestion des stocks	10	4,3%
Disponibilité au niveau de la NPSP	11	4,7%
Disponibilité de financement	12	5,2%
Disponibilité des outils de collecte	12	5,2%
Insuffisance du matériel roulant pour la distribution	13	5,6%
Disponibilité de transmission des rapports	14	6,0%
Transmission des commandes des districts sanitaires	16	6,9%
Décentralisation des dépôts de la NPSP	16	6,9%
Satisfaction de l'approvisionnement des districts sanitaires	17	7,3%
Satisfaction des commandes des ESPC	18	7,7%
Circulation de l'information sur les disponibilités des stocks entre les régions	19	8,2%
Formation des acteurs	21	9,0%
Quantification annuelle des besoins	22	9,4%
Gestion des stocks (district, ESPC, ASC)	23	9,9%
Autres précisez	9	3,9%

II.3.2. Au niveau Région

Les régions ont toutes des ONG présents sur leur territoire et la plupart sait exactement le nombre d'ONG avec elles collaborent. (Graphique 21)

La quasi-totalité des régions (87,5%) a affirmé disposer des données communautaires dans DHIS2 et 75,0% d'entre elles, analysent les données communautaires. Seulement 62,5% des régions utilisent les données pour améliorer les interventions communautaires (Tableau XIII).



Graphique 21 : Répartition des régions en fonction de la disponibilité de la liste des ONG avec lesquelles elles collaborent

Tableau XIII : Répartition des régions selon la disponibilité des données communautaires dans DHIS2 et leur utilisation

Réponses des différentes régions	Fréquence N=8	Pourcentage
Région disposant des données communautaires dans le DHIS2	7	87,5%
Région analysant les données communautaires	6	75,0%
Région utilisant les données pour améliorer ses interventions au niveau opérationnel	5	62,5%

Une faible proportion de régions sanitaires dispose d'une grille de supervision (37,5%) tout comme d'un guide de supervision des activités communautaires (37,5%). Seulement la moitié des régions visitées, 50% établit un programme de supervision des activités communautaires (Tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition des régions sanitaires selon la pratique de la supervision

Supervision des activités communautaires dans les régions sanitaires	Fréquence N=8	Pourcentage
Disponibilité d'une grille de supervision des activités communautaires	3	37,5%
Disponibilité d'un guide de supervision des activités communautaires	3	37,5%
Etablissement d'un programme de supervision des activités communautaires	4	50%

La gestion de médicaments et intrants au niveau communautaire, se fait grâce à des documents comme les notes circulaires, les arrêtés portant sur l'approvisionnement, la gestion et la dispensation des médicaments. Une proportion importante de régions sanitaires (75%), a affirmé disposer de ces documents. Cependant, dans la moitié des régions (50%) des ruptures en médicaments traceurs ont été signalées par des districts sanitaires au cours des six (6) derniers mois de 2021 (Tableau XV).

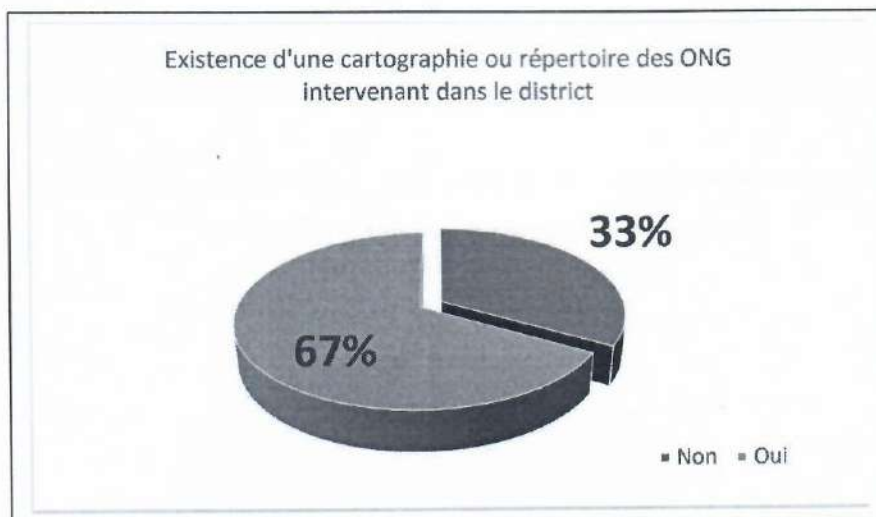
Tableau XV : Répartition des districts sanitaires en fonction des éléments de gestion des médicaments

Gestion des médicaments dans les régions sanitaires	Fréquence N=8	Pourcentage
Disponibilité des documents (note circulaire, arrêté, mail etc...) portant sur l'approvisionnement, la gestion et la dispensation de médicaments et intrants des ASC	6	75%
Rupture en produits traceurs signalée dans un district au cours des 6 derniers mois	4	50,0%

II.3.3. Au niveau District

Un peu plus de la moitié des districts (67%) disposent d'une cartographie des ONG avec lesquelles ils collaborent (Graphique 22).

Toutes les ONG mènent les activités communautaires dans les différentes composantes : préventive (95,2%), promotionnelle (88,1%), de prise en charge (88,1%), de dépistage (85,7%), de référence (92,9%) et de mobilisation communautaire (81,0%) (Tableau XVI).

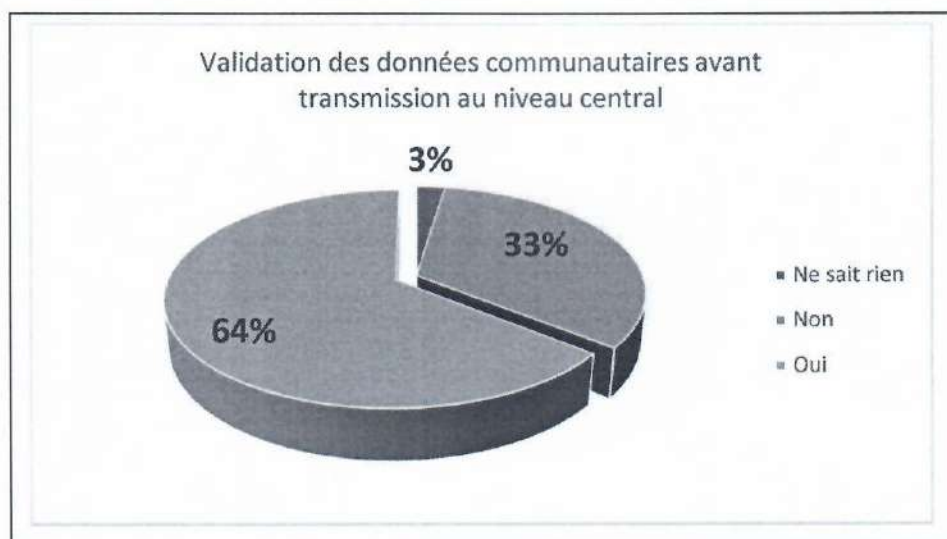


Graphique 22 : Répartition des districts sanitaires en fonction de la disponibilité de la cartographie des ONG avec lesquelles ils collaborent

Tableau XVI : Répartition des districts sanitaires en fonction des activités communautaires réalisées par les ONG qui les appuient

Activités communautaires menées par les ONG	Fréquence N=42	Pourcentage
Activités de prévention	40	95,2%
Activités de promotion de la santé	37	88,1%
Activités de prises en charges	37	88,1%
Activités de dépistage	36	85,7%
Activités de référence	39	92,9%
Activités de mobilisation communautaire	34	81,0%

Une proportion non négligeable de districts sanitaires (64%), pratique la validation des données communautaires avant leur transmission au niveau central (Graphique 23).



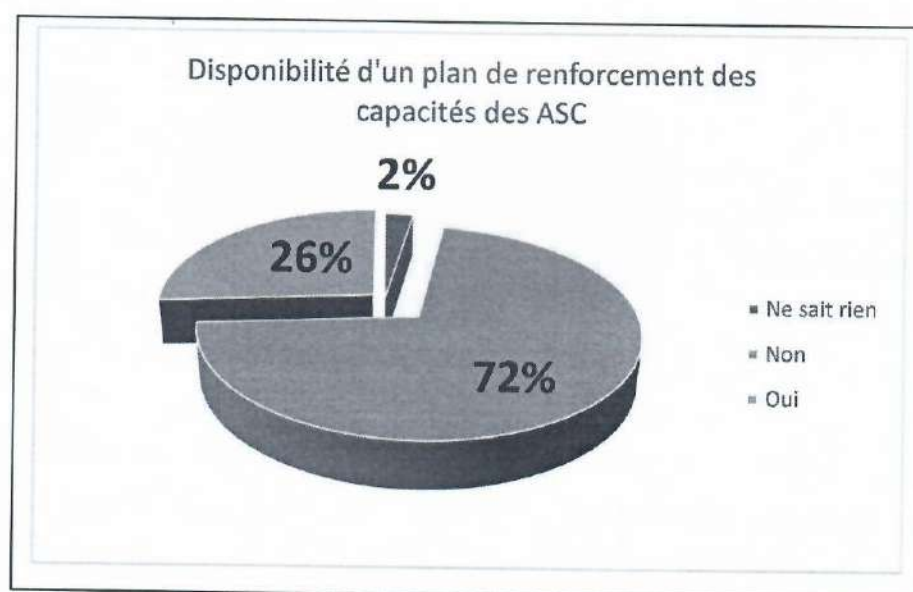
Graphique 23 : Répartition des districts sanitaires qui font la validation des données avant la transmission au niveau central

La quasi-totalité des districts sanitaires dispose d'une grille de supervision (97,6%). Parmi ces districts sanitaires, seulement la moitié soit 52,4%, dispose d'un guide de supervision des activités communautaires. Cependant, 76,2% des districts sanitaires établissent un programme de supervision des activités communautaires (Tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition des districts sanitaires selon la pratique de la supervision

Supervision des activités communautaires dans les districts sanitaires	Fréquence N=42	Pourcentage
Disponibilité d'une grille de supervision des activités communautaires	41	97,6%
Disponibilité d'un guide de supervision des activités communautaires	22	52,4%
Etablissement d'un programme de supervision des activités communautaires	32	76,2%

La grande majorité des districts sanitaires (Soit 72%), ne dispose pas de plan de renforcement de capacités des agents de santé communautaire (Graphique 24).



Graphique 24 : Répartition des districts sanitaires en fonction de la disponibilité d'un plan de renforcement des ASC

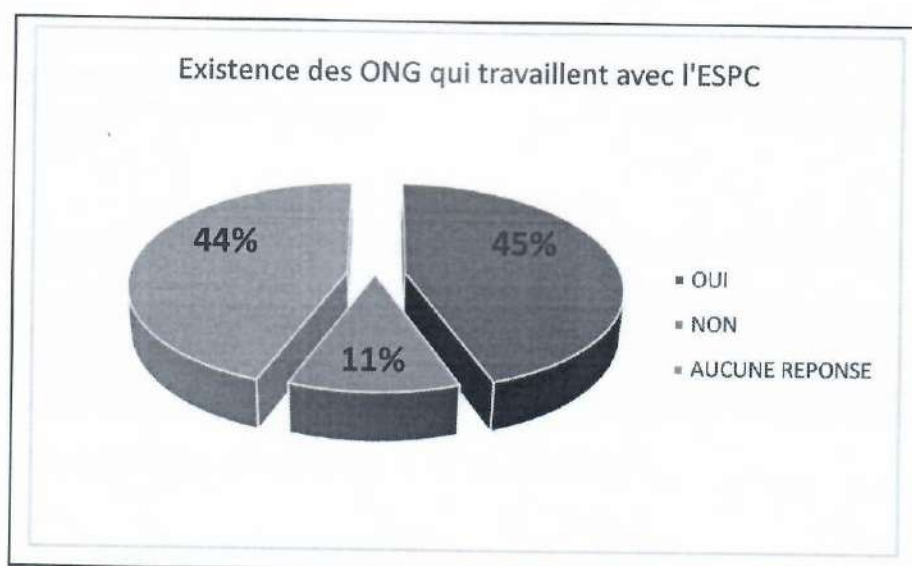
Quant à la gestion des médicaments et intrants, une proportion importante de districts sanitaires (85,7%), a affirmé disposer de ces documents. Aussi, tous les districts sanitaires ou presque, soit 97,6% possèdent la liste des médicaments à utiliser au niveau communautaire. Par contre, plus de la moitié des districts sanitaires (59,5%) a connu une rupture en médicaments et intrants pour les ASC entre le mois de juin et octobre 2021 (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Répartition des districts sanitaires en fonction des éléments de gestion des médicaments

Gestion des médicaments dans les districts sanitaires	Fréquence N=42	Pourcentage
Disponibilité des documents (note circulaire, arrêté, mail etc...) portant sur l'approvisionnement, la gestion et la dispensation de médicaments et intrants des ASC	36	85,7%
Existence d'une liste de médicaments à utiliser au niveau communautaire	41	97,6%
Ruptures en médicaments et intrants pour les ASC	25	59,5%

II.3.4. Au niveau ESPC

Les ESPC travaillent généralement avec des ONG présents dans leur aire sanitaire et qui sont impliquées dans la mise en œuvre des différentes activités communautaires. Seulement 45% des ESPC visités ont affirmé qu'ils travaillent avec des ONG (Graphique 24).



Graphique 24 : Répartition des ESPC qui se sont prononcé sur leur collaboration avec les ONG

La quasi-totalité des ESPC visités (86,1%) disposent d'une grille de supervision des ASC et un peu plus de la moitié de ces ESPC (63,9%) établissent un programme de supervision des ASC. (Tableau XIX)

Tableau XIX : Répartition des ESPC en fonction de l'existence de grille de supervision et d'un programme de supervision.

Activités de supervision des ASC de l'ESPC	Fréquence N = 72	Pourcentage
Existence d'une grille de supervision des ASC	62	86,1%
Existence d'un programme de supervision des ASC	46	63,9%

Seulement 26,4% des ESPC disposent d'un plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires et 45,8% ont un plan de renforcement des capacités des ASC. Les ESPC ayant effectivement renforcé les capacités des acteurs communautaires est de 22,2% (Tableau XX).

Tableau XX : Répartition des ESPC en fonction de leurs activités de renforcement des capacités

Activités de renforcement des capacité	Fréquence N = 72	Pourcentage
Existence d'un plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires	19	26,4%
ESPC a renforcé les capacités des acteurs communautaires	16	22,2%
Existence d'un plan de renforcement des capacités des ASC	33	45,8%

Concernant les médicaments, 83,3% des ESPC ont affirmé disposer de médicaments et intrants utilisés au niveau communautaire, disponibles au niveau des ASC. Cependant, 65,3% des ESPC visités ont reconnu qu'il y a eu des ruptures en médicaments et intrants durant les 6 derniers mois (Tableau XXI).

Tableau XXI : Répartition des ESPC en fonction de la disponibilité des médicaments

Disponibilité des médicaments et intrants au niveau communautaire	Fréquence N = 72	Pourcentage
Disponibilité des médicaments et intrants au niveau des ASC à ce jour	60	83,3%
Ruptures en médicaments et en intrants durant les 6 derniers mois	47	65,3%

II.3.5. Au niveau COMMUNAUTÉ

Concernant la couverture des ménages, les ASC couvrent entre 9 au minimum et 250 au maximum, avec une moyenne de 65 ménages. Nous trouvons en moyenne deux (2) ASC par village visité.

Aussi, une ONG en moyenne travaille dans les villages (Tableau XXII).

Tableau XXII : Répartition des ASC et des ONG en fonction de leur positionnement et du nombre de ménages suivi par les ASC

	Nombre Minimum	Moyenne	Nombre Maximum
Nombre d'ASC travaillant dans le village	1	2,09	7
Nombre de ménages couverts par l'ASC	9	65,40	250
Nombre d' ONG travaillant dans le village	0	1,23	4

Une grande diversité d'acteurs a été observée dans le choix des ASC. Seulement 37,2% des ASC interrogé a affirmé avoir été choisi par la communauté. Certains ASC (12,8%) ont avoué avoir été choisi par l'IDE ou la SFDE, 9,3% par le COGES, 2,3% par le district et 38,4% par d'autres instances non précisées (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Répartition des acteurs communautaires en fonction de leur réponses sur le choix des ASC

Choix des ASC	N=86	Pourcentage
Communauté (chef du village/notabilité)	32	37,2%
IDE/SFDE	11	12,8%
LE COGES	8	9,3%
LE DISTRICT	2	2,3%
Autres	33	38,4%

Quant à la formation et l'équipement des ASC, la quasi-totalité des ASC rencontrés (98,7%) ont été formés sur le PMA et 97,3% d'entre eux, ont été équipé (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Répartition des ASC formés et équipés

Formation et équipement des ASC	Fréquence N = 75	Pourcentage
ASC formés au PMA	74	98,7%
ASC équipés	73	97,3%

Concernant les équipements donnés aux ASC, les résultats montrent que les ASC ont pour la plupart reçu u vélo, un chasuble, un MUAC, un thermomètre, un sac à dos, des bottes, une torche, une boîte à pharmacie, une boîte à images et des outils de collecte de données (Tableau XXV).

Tableau XXV : Répartition des équipements reçus par les ASC

Equipements	Effectif	Pourcentage
VELO	61	10,4%
CHASUBLE	61	10,4%
MUAC	60	10,3%
TERMOMETRES	60	10,3%
SAC A DOS	59	10,1%
BOTTES	56	9,6%
TORCHE	48	8,2%
BOITE A PHARMACIE	47	8,0%
BOITE A IMAGE	33	5,6%
OUTILS DE COLLECTE	24	4,1%

Dans le cadre de la mise en œuvre de leurs activités, les ASC et les autres acteurs communautaires rencontrent des difficultés. Les ASC qui ont affirmé avoir eu des difficultés dans le déroulement des activités représentent 73,3% et 44,0% ont avoué rencontrer des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités). Cependant, seulement 36,0% des ASC ont bénéficié d'un coaching ou autre renforcement de capacité, quand, 97,3% ont bénéficié de visites de supervision (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : Répartition des ASC en fonction des difficultés à renseigner les fiches et le coaching dont ils ont bénéficié

Difficultés rencontrées par les ASC et coaching	Fréquence N=75	Pourcentage
ASC ayant des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités)	33	44,0%
ASC ayant d'autres difficultés dans le déroulement des activités	55	73,3%
ASC ayant bénéficié d'un coaching ou autre renforcement de capacité	27	36,0%
ASC ayant bénéficié de visites de supervision	73	97,3%

Quant aux autres acteurs communautaires, 80,6% ont eu des difficultés dans le déroulement des activités et 61,3% ont eu des difficultés à renseigner les fiches d'activités et rapport mensuel. Pourtant, une proportion non négligeable d'entre eux (77,4%) a bénéficié de supervision (Tableau XXVII).

Tableau XXVII : Répartition des autres acteurs en fonction des difficultés à renseigner les fiches et la supervision dont ils ont bénéficié

Difficultés rencontrées par les autres acteurs communautaires et coaching	Fréquence N=31	Pourcentage
Autres acteurs communautaires ayant des difficultés à renseigner les fiches d'activités et rapport mensuel	19	61,3%
Autres acteurs communautaires ayant d'autres difficultés dans le déroulement des activités	25	80,6%
Autres acteurs communautaires ayant bénéficié de visites de supervision	24	77,4%

Concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels et intrants au niveau communautaire, 74,7% des ASC connaissent la liste de médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire et 50,7% d'entre eux, ont connu des difficultés à recevoir les médicaments et intrants pour leurs activités de prise en charge. Pourtant, 66,7% ds ASC ont informé L'ESPC des difficultés d'approvisionnement (Tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : Répartition des ASC en fonction leur connaissance de la liste des médicaments et intrants ainsi que les difficultés d'approvisionnement

Médicaments et intrants au niveau communautaire	Fréquence N=75	Pourcentage
ASC connaissant la liste de médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire	56	74,7%
ASC ayant des difficultés pour recevoir les médicaments et intrants	38	50,7%
L'ESPC a-t-il été informé des difficultés d'approvisionnement	50	66,7%

II.4. Système de suivi/évaluation des interventions communautaires

II.4.1. Au niveau Région

Au niveau des régions, elles ont toutes, le plan opérationnel 2021 et 87,5% ont un plan avec une composante de santé communautaire. Par ailleurs, toutes les régions visitées ont des districts sanitaires qui saisissent les données communautaires dans DHIS2.

Aussi, 87,5% des régions visités ont affirmé disposer d'un Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) pour le suivi des activités communautaires de la région. Cependant, seulement 62,5% des régions visités organisent des réunions de coordinations des activités communautaires de la région (Tableau XIX).

Tableau XIX : Répartition des régions en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les régions	Fréquence N=8	Pourcentage
Disponibilité du plan d'action opérationnel 2021 de la région	8	100,0%
Existence des activités communautaires dans le plan d'action 2021 de la région	7	87,5%
Existence d'un point focal/CAC pour le suivi des activités communautaires de la région	7	87,5%
Saisie des rapports communautaires des districts sanitaires de la région dans DHIS2	8	100,0%
Organisation des réunions de coordinations des activités communautaires de la région	5	62,5%

II.4.2. Au niveau District

Dans les districts sanitaires visités, la quasi-totalité, soit 97,6% disposent d'un plan opérationnel 2021 intégrant les activités de santé communautaire. Aussi, 100% de ces districts sanitaires ont un Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) qui assure le suivi des activités communautaires. Quant au plan de suivi et évaluation des interventions communautaires définissant la périodicité des supervisions, des séances de coaching des acteurs communautaires et le monitoring de leurs activités, seulement 42,9% des districts visités en dispose. Tous les districts sanitaires saisissent les données communautaires des ESPC dans le DHSI2 et 57,1% d'entre eux, ont affirmé organiser la réunion de coordination des activités communautaires. (Tableau XXX).

Tableau XXX : Répartition des districts sanitaires en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les districts sanitaires	Fréquence N=42	Pourcentage
Disponibilité du plan d'action opérationnel 2021 du district	41	97,6%
Existence d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires définissant la périodicité des supervisions, des séances de coaching des acteurs communautaires et le monitoring de leurs activités	18	42,9%

Existence d'un point focal/CAC pour le suivi des activités communautaires du district	42	100,0%
Saisie des rapports communautaires des ESPC dans DHIS2	42	100,0%
Organisation des réunions de coordinations des activités communautaires du district	24	57,1%

II.4.3. Au niveau ESPC

Au niveau des ESPC visités, 26,4% ont des micros plans d'activités communautaires. Parmi ceux-ci, seulement 19,4% ont déclaré que la communauté participe à l'élaboration des micros plans. Aussi, 84,7% des ESPC participent aux réunions de coordination des activités communautaires du district. Par ailleurs, une faible proportion des ESPC soit 38,9% organise la réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination des activités communautaires. Par contre, 97,2% des ESPC ont affirmé organiser des réunions de validation périodique des rapports avec les ASC (Tableau XXXI).

Tableau XXXI : Répartition des ESPC en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les ESPC	Fréquence N = 72	Pourcentage
Disponibilité des micros plan d'activités communautaires de l'ESPC	19	26,4%
Participation des communautés à l'élaboration des micros plans	14	19,4%
Participation de l'ESPC aux réunions de coordination des activités communautaires du district	61	84,7%
Organisation à l'ESPC de la réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination avec les communautés	28	38,9%
Organisation à l'ESPC des réunions de validation périodique des rapports avec les ASC	70	97,2%

II.4.4. Au niveau COMMUNAUTE

Tous les ASC visités (100%) produisent des rapports mensuels des activités communautaires et participent à la validation des rapports avec leur Superviseur au centre de santé.

Cependant, seulement 32,0% des ASC organisent des réunions bilan trimestrielles avec les communautés et 30,7% des ASC participent à la réunion trimestrielle de coordination organisée par le district (Tableau XXXII).

Tableau XXXII : Répartition des ASC en fonction de la production de rapports mensuels et de leur participation aux rencontres de validation

	Fréquence N=75	Pourcentage
ASC produisant des rapports mensuels des activités communautaires	75	100,0%
ASC faisant la validation des rapports avec leur Superviseur au centre de santé	75	100,0%
ASC organisant des réunions bilan trimestrielles avec les communautés	24	32,0%
ASC participant à la réunion trimestrielle de coordination organisée par le district	23	30,7%

III. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSNSC DE 2017 À 2021

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

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

La situation de base à adresser par cet axe est : l'absence de politique nationale de santé communautaire, l'absence d'un cadre réglementaire et législatif pour les ASC dans le cadre de la participation communautaire, la fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des fonctions (ASC, relais) organisés autour d'une multitude de structures (aires de santé, organisations communautaires de base), l'absence de statut bien défini des agents de santé communautaire, l'absence de formalisation des interventions des agents de santé communautaire et l'absence d'un cadre national de coordination des activités communautaires. On note également l'absence d'outils harmonisés de supervision des acteurs communautaires, la non-intégration des aspects communautaires dans la grille de supervision des ECD et des ERS, le manque de supervision intégrée des acteurs communautaires ainsi que l'absence d'outils standards harmonisés pour la collecte de données au niveau communautaire. Cette situation est également marquée par une absence de Paquet Minimum d'Activités standardisé et harmonisé pour les ASC, l'inexistence d'un cursus et d'un curriculum de formation des acteurs communautaires, l'absence de standardisation et de planification de la formation des agents de santé communautaire (ASC), l'absence d'un cadre juridique (loi, décret, arrêté ou circulaire) de motivation des ASC (primes harmonisées, facilités d'accès aux soins et soutiens de la communauté) et l'absence de lignes budgétaires dans le budget de l'Etat et des collectivités locales pour le financement de la motivation des acteurs communautaires. En vue de palier à ces défaillances, le PSN-SC 2017-2021 a été orienté à travers cet axe sur la création d'un environnement favorable à la mise en œuvre de la santé communautaire, le renforcement de l'intégration de la santé communautaire dans le système national de santé et l'harmonisation du paquet standard de services, de la formation et de la motivation des acteurs de la santé communautaire, principalement les ASC. Ainsi le PSN-SC a défini comme actions prioritaires d'élaborer la politique nationale de santé communautaire et de mettre en place le cadre réglementaire et normatif pour sa mise en œuvre, de formaliser le modèle des ASC, leur paquet minimum d'activités et leur mécanisme de motivation et de formaliser la supervision des acteurs communautaires par le personnel qualifié.

L'analyse de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 en fin 2021 montre que le document de politique nationale de la santé communautaire est élaboré et disponible. Le cadre réglementaire et législatif de la santé communautaire n'est pas encore totalement en place. Le Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) existe et fonctionne depuis octobre 2019. Il tient ses réunions semestrielles ainsi que celles de ses sous-groupes thématiques. Aussi, pour encadrer certaines interventions de santé communautaire, des arrêtés, des notes circulaires et des documents de politique ont été élaborés et mis en œuvre (exemple : le document de politique sur la délégation de tâches en santé de la reproduction)

L'évaluation finale du PSNSC 2017-2021 montre d'importants acquis dans l'organisation globale de la santé communautaire et la mise en œuvre des interventions communautaires notamment :

- une définition consensuelle des ASC avec un statut, un Paquet Complet d'Activités duquel a été tiré le Paquet Minimum d'Activités des ASC

- Les rapports d'activités des ASC ont été consolidés et uniformisés et des outils intégrés de collectes de données communautaires ont été élaborés pour plusieurs types d'acteurs communautaires (ASC, GF, EMC, Praticiens de la Médecine Traditionnelle)
- une cartographie nationale ainsi qu'une base de données des intervenants communautaires et des ASC.

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

- le Plan Stratégique National Santé Communautaire (PSNSC) 2017-2021 est mis en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et il est disponible chez 72,5% des structures du niveau central visitées, qui ont participé d'une manière ou une autre à son opérationnalisation. Le PSNSC 2017-2021 est effectivement disponible dans les régions sanitaires (75%), dans les districts sanitaires (85,7%) et dans les ESPC, 75% ont déclaré savoir son existence.
- pour ce qui est du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre de la santé communautaire, 78% du niveau central, 87,5% des régions sanitaires, 93% des districts sanitaires connaissent son existence et 83,3% des ESPC affirment mener les activités conformément à la stratégie communautaire nationale.
- le mécanisme standardisé de motivation des acteurs communautaires, est connu de 62,5% des régions sanitaires et 64,3% des districts sanitaires.
- pour la coordination des activités communautaires, seulement 25% des régions sanitaires ont mis en place un comité régional et 50% des districts sanitaires ont reconnu l'existence du comité départemental.
- au niveau le plus périphérique et opérationnel (ESPC), les principales stratégies communautaires qui sont mises en œuvre sont les suivantes : l'utilisation des ASC, utilisation des leaders religieux, utilisation des groupements féminins, dialogue communautaire. Par ailleurs les ESPC visités offrent les activités du Paquet Minimum d'Activités de leur niveau.
- et les grilles de supervision intégrée des acteurs communautaires sont élaborées et utilisées par certains acteurs pour la supervision mais pas tous.
- Dans la communauté, l'existence des structures communautaires de planification, de mise en œuvre et de suivi des activités communautaires qui sont : le comité de gestion du centre de santé (COGES), Comité Villageois de Santé (CVS) et Comité Villageois de Développement (CVD) existent. Les plus connues de ces structures sont le COGES et le CVD. Le CVS est le moins connu.

Malgré les nombreux acquis dans l'axe stratégique 1 du PSNSC, quelques insuffisances ont été notées. Ce sont pour l'essentiel :

- la non formalisation de la base légale du cadre de concertation permanent
- l'absence du document de Normes et procédures de mise en œuvre des interventions communautaires même si un consultant a récemment été recruté pour élaborer un référentiel de mise en œuvre des interventions communautaires.
- Les cadres de concertation multisectorielle existants prennent insuffisamment en compte les questions de santé communautaire.
- Aussi le guide national de supervision n'a pu être révisé pour intégrer les aspects de santé communautaire

- De même, le plan national de formation des ASC n'a pu être élaboré, toutefois le manuel de référence, le guide national du formateur des ASC, le manuel technique et le cahier d'exercices du participant ont été élaborés en 2018.
- Enfin, l'on note l'absence d'un cadre juridique portant statut et mécanisme de motivation des acteurs communautaires (lois, décret, arrêté, circulaire) toutefois, le PSNSC décrit le mécanisme de motivation des ASC. Cette motivation n'intègre cependant pas une pleine participation des communautés et ne prend pas en compte les ASC à moins de 5 km. De même, la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales dans la motivation financière des ASC n'est pas encore effective

L'évaluation finale du PSNSC 2017-2021 recommande donc que des réflexions soient engagées sur de nouveaux mécanismes de motivation des acteurs communautaires.

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

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

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

A la fin de l'année 2021, les résultats de la mise en œuvre du PSNSC, en ce qui concerne son axe 2, sont les suivants :

- Au niveau centrale, le cadre permanent de concertation et de mise en œuvre des interventions communautaires a été mis en place et il est fonctionnel. C'est un véritable cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires et une plateforme de collaboration. La plupart des structures de niveau central (65%) le connaissent et participent aux rencontres semestrielles et aux rencontres trimestrielles de ses sous-groupes thématiques. Dans les régions sanitaires, la grande majorité (87,5%) a reconnu l'existence d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectorielle des interventions communautaires. Au niveau

des districts sanitaires, 66,7% ont confirmé l'existence de cette plateforme et du cadre.

- Pour ce qui est de l'implication des collectivités locales, des autres services sociaux de base et des ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires, une grande proportion des structures de niveau centrale (68%) pensent qu'elle est effective. Cette effectivité est confirmée par de nombreuses régions sanitaires (75%) et des districts sanitaires (92,9%). Ces acteurs périphériques déclarent même qu'il y a une bonne collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales y compris les ONG. Par ailleurs, 70,8% des ESPC déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG.
- Quant au mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires, 50% des structures du niveau centrale reconnaissent son existence. Cette existence du mécanisme est confirmée par 62% des régions sanitaires et 64,3% des districts sanitaires. Cependant, ce mécanisme est peu perceptible au niveau le plus périphérique à l'ESPC où seulement 46% ont reconnu son existence.
- Aussi, la collaboration entre les services de santé et les ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires est jugée satisfaisante pour 57,5% des acteurs centraux. Une grande proportion des ESPC (92%) ont déclaré que les communautés sont impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires. La plupart des ESPC visités soit 79,2% ont déclaré avoir un COGES fonctionnels
- Pour ce qui est de la collaboration entre les ASC et les autres acteurs communautaires, 62,7% des premiers pensent qu'il existe une collaboration contre 33,3% qui ne croient pas en cette collaboration. À contrario, 83,9% des autres acteurs communautaires affirment qu'il y a collaboration avec les ASC.

Malgré les acquis en lien avec l'axe 2 du PSN-SC, des difficultés perdurent et entravent l'engagement des communautés. Il s'agit notamment de l'absence de formalisation du cadre permanent de concertation sur les Interventions Communautaires, ainsi que les comités décentralisés (au niveau régional et départemental) de coordination. L'évaluation finale recommande donc de les formaliser.

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

L'analyse situationnelle de base avant la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 a révélé une insuffisance de couverture totale des aires des localités, des districts sanitaires et des régions sanitaires par les interventions communautaires. En vue de corriger cette iniquité en matière de santé, le PSNSC a été orienté sur l'élaboration et l'application de normes nationales d'utilisation des ASC, le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires et un approvisionnement régulier des ASC en médicaments et intrants. En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments et intrants, l'on notait des ruptures fréquentes de stocks de médicaments et intrants stratégiques au niveau des ASC avec des difficultés d'obtention des stocks de médicaments et intrants par les agents de santé communautaire du fait d'un manque de légitimité auprès du personnel de santé et d'une insuffisance de capacités de gestion des stocks.

Ainsi le PSN-SC 2017-2021 a défini comme actions prioritaires de définir/réviser et diffuser les normes nationales d'utilisation des ASC, de les former/recycler sur la prise en charge, la gestion, la communication, le rapportage, de les doter en matériels (tels que les moyens de locomotion, les équipements, les TIC, les outils de gestion), d'assurer la disponibilité des

médicaments grâce une dotation initiale conformément à la liste validée et à l'élaboration d'un guide d'approvisionnement, de gestion et de dispensation de médicaments et intrants des ASC. Au terme de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021, les résultats obtenus en lien avec cet axe sont les suivants :

- Pour atteindre les communautés et accroître la couverture des services offerts au niveau communautaire, plusieurs stratégies sont développées notamment l'utilisation des ASC soutenue et utilisée par 62% des structures du niveau centrale, l'utilisation des groupements féminins soutenue et utilisée par 52% des structures et la mobilisation communautaire soutenue et utilisée par 64% des structures du niveau central.
- Pour la mise œuvre des activités communautaires à travers les stratégies énumérées ci-dessus, les différentes structures du MSHPCMU bénéficient des appuis et de la collaboration des ONG nationales et internationales. Concernant cette collaboration, plus de la moitié des structures du niveau central (57,5%) pense qu'elle est globalement satisfaisante. Dans les régions sanitaires, la plupart sait exactement le nombre d'ONG avec qui elles collaborent. Quant aux districts sanitaires, la majorité (67%) d'entre eux disposent d'une cartographie des ONG avec lesquelles ils collaborent dans le cadre des activités communautaires. Toutes les ONG mènent les activités communautaires dans les différentes composantes : promotionnelle, préventive et curative y compris le dépistage, la référence des cas et de mobilisation communautaire. Au niveau des ESPC, ils travaillent généralement avec des ONG présents dans leur aire sanitaire. Seulement 45% des ESPC visités ont affirmé travailler avec des ONG dans la mise en œuvre des activités communautaires.
- La qualité des services offerts aux communautés est d'une importance capitale pour garantir de meilleurs résultats et la satisfaction des cibles. Pour obtenir cette qualité des services au niveau communautaire, les acteurs du niveau central ont identifié certains éléments notamment : la supervision des activités par les autorités sanitaires (19,8%), la planification des activités avec la contribution de la communauté (20,4%), la transmission des rapports d'activités (20,4%), le Feed back des interventions à la communauté (20,4%), l'existence de numéro vert (12,6%).
- La disponibilité des médicaments et intrants pour la mise en œuvre des activités est une condition déterminante de la qualité de service. Pour que les médicaments et intrants soient disponibles au niveau des Agents de Santé Communautaires, les répondants ont suggéré différentes approches, comme le gestion des stocks (district, ESPC, ASC), la quantification annuelle des besoins, la formation des acteurs, la circulation de l'information sur la disponibilité des stocks entre les régions, la satisfaction des commandes des ESPC. La gestion de médicaments et intrants au niveau communautaire, se fait grâce à des documents comme les notes circulaires, les arrêtés portant sur l'approvisionnement, la gestion et la dispensation des médicaments. Une proportion importante de régions sanitaires (75%), a affirmé disposer de ces documents. Dans les districts sanitaires (85,7%), a affirmé disposer de ces documents. Aussi, tous les districts sanitaires ou presque, (97,6%) possèdent la liste des médicaments à utiliser au niveau communautaire.
- Cependant, des ruptures en médicaments traceurs et intrants ont été constatées au cours des six (6) derniers mois de 2021 dans la moitié des régions (50%), dans 59,5% des districts sanitaires et dans 65,3% des ESPC.
- La qualité des services peut être appréciée à travers des données de qualité, transformées en informations stratégiques. Concernant le système d'information

sanitaire, la quasi-totalité des régions (87,5%) a affirmé disposer des données communautaires dans DHIS2 et 75,0% d'entre elles, les analysent et prennent des actions pour améliorer les interventions communautaires. Une proportion non négligeable de districts sanitaires (64%), pratique la validation des données communautaires avant leur transmission au niveau central.

- Pour améliorer la qualité des services offerts aux communautés, la supervision apparaît comme une stratégie déterminante. Malheureusement, une faible proportion de régions sanitaires (37,5%) dispose d'une grille de supervision des acteurs communautaires tout comme d'un guide de supervision des activités communautaires. Seulement la moitié des régions visitées (50%) établit un programme de supervision des activités communautaires. Dans tous les districts sanitaires ou presque (97,6%), la grille de supervision est disponible et utilisée, contre seulement 52,4%, qui dispose du guide de supervision des activités communautaires. Par ailleurs, la majorité des districts sanitaires (76,2%) établissent un programme de supervision des activités communautaire. Au niveau des ESPC visités, la quasi-totalité (86,1%) disposent d'une grille de supervision des ASC et un peu plus de la moitié de ces ESPC (63,9%) établissent un programme de supervision des ASC.
- La grande majorité des districts sanitaires (72%), ne dispose pas de plan de renforcement de capacités des agents de santé communautaire et cette proportion est semblable celle des ESPC car seulement 26,4% des ESPC disposent d'un plan de renforcement des capacités des acteurs communautaires.
- Quant à la formation et l'équipement des ASC, la quasi-totalité des ASC rencontrés (98,7%) ont été formés sur le PMA et 97,3% d'entre eux, ont été équipé. Concernant la couverture des ménages, les ASC couvrent entre 9 au minimum et 250 au maximum, avec une moyenne de 65 ménages. Nous trouvons en moyenne deux (2) ASC par village visité. La quasi-totalité des acteurs communautaires 96% des notabilités et guides religieux, 100% des ASC et 96,8% des autres acteurs communautaires reconnaissent que les communautés sont informées des activités communautaires du centre de santé. Aussi, ces mêmes cibles dans leur grande majorité confirment l'implication de la notabilité du village dans la résolution des problèmes de santé. Par ailleurs, 80,6% des autres acteurs communautaires et 80% des ASC interrogés affirment recevoir un soutien de la part de la communauté.

L'analyse des résultats obtenus dans la mise en œuvre du PSNSC révèle des limites et des insuffisances à savoir une insuffisance de supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux, le manque d'outils de supervision, la non-formation de la totalité des ASC existants (recensés par la cartographie) sur le PMA, ainsi que le non-déploiement des ASC Coach. La revue note également la non-prise en compte du paquet d'interventions de certains acteurs communautaires. Il s'agit des Conseillers Communautaires et autres éducateurs de pairs ainsi que les acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose. Leurs interventions sont complètement différentes de celle des ASC de base et des ASC coach, notamment au niveau de la charge de travail, du nombre de ménage à couvrir par ASC

Ainsi sur la base des constats faits, l'évaluation finale recommande la poursuite des efforts pour une amélioration de la couverture par les ASC, et le renforcement du réseau de formateurs dans les différentes composantes de la santé communautaire et de la promotion de la santé, un respect du PMA à tous les niveaux

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

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

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

A l'issue de l'évaluation finale du PSNSC 2017-2021, l'on peut capitaliser les résultats et acquis suivants :

- A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, il a été observé l'existence de mécanisme de suivi/évaluation se basant sur les plans d'action opérationnel 2021 et leur plan de suivi. La quasi-totalité des régions visitées (87,5%) et des districts sanitaires visités (97,6%) ont un plan avec une composante de santé communautaire. Au niveau des ESPC visités, 26,4% ont des micros plans d'activités communautaires et la communauté participe à l'élaboration de ces micros plans.
- Toutes les régions sanitaires visitées et les districts sanitaires dispose d'un Coordonnateur des Activités Communautaires (CAC) pour le suivi des activités communautaires. Cependant, seulement 62,5% des régions visités et 57,1% des districts sanitaires ont affirmé organiser des réunions de coordinations des activités communautaires. Quant aux ESPC, 84,7% d'entre eux participent aux réunions de coordination des activités communautaires du district. Par ailleurs, une faible proportion des ESPC (38,9%) organise la réunion mensuelle multidisciplinaire de coordination des activités communautaires et 97,2% des ESPC ont affirmé organiser des réunions de validation périodique des rapports avec les ASC
- Tous les districts sanitaires saisissent les données communautaires des ESPC dans le DHSI2 et toutes les régions sanitaires ont affirmé s'assurer que les districts sanitaires sous leur tutelle, saisissent les données dans DHIS2.
- Quant au plan de suivi et évaluation des interventions communautaires définissant la périodicité des supervisions, des séances de coaching des acteurs communautaires et le monitoring de leurs activités, seulement 42,9% des districts visités en dispose.
- Tous les ASC visités (100%) produisent des rapports mensuels des activités communautaires et participent à la validation des rapports avec leur Superviseur au centre de santé. Cependant, seulement 32,0% des ASC organisent des réunions bilan trimestrielles avec les communautés et 30,7% des ASC participent à la réunion trimestrielle de coordination organisée par le district.

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

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

IV. RECOMMANDATIONS

IV.1. A l'endroit de la Direction de la Santé Communautaire

- Engager des réflexions sur de nouveaux mécanismes innovants de motivation des acteurs communautaires.
- Poursuivre le plaidoyer pour la formalisation du cadre permanent de concertation sur les Interventions Communautaires, ainsi que ses comités de coordination décentralisés (au niveau régional et départemental)
- Renforcer les capacités techniques des acteurs communautaires dans la diffusion des résultats et la consolidation des bonnes pratiques
- Accélérer le déploiement des ASC coach pour assurer un plus, consistant en la supervision des ASC de base
- Clarifier rôles et responsabilités à tous les niveaux pour l'approvisionnement des médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire.
- Mettre en place un mécanisme permettant aux Conseillers communautaires VIH et TB d'être engagés dans le PSNSC 2022-2026, en élargissant leurs tâches.
- Renforcer la supervision en mettant un accent particulier sur les IDE et les ASC coach ;
- Développer un model de supervision entre l'IDE et l'ASC coach et entre l'IDE et l'ASC qui soit continue et consistant.
- Faire un suivi sur la supervision avec l'objectif qu'elle soit de qualité et qu'elle puisse améliorer la fonctionnalité des ASC de base.
- Pour le DHSI2, étant que les données communautaires sont intégré, il faudra transformer les données en information pour la gestion de la stratégie
- Créer, élargir une alliance avec la société civile et les collectivités locales
- Renforcer la collaboration entre les collectivités locales et les institutions publics (régions, districts)

IV.2. A l'endroit des Directions centrales et Programmes de Santé

- Poursuivre les efforts pour une amélioration de la couverture des populations par les ASC,

- Renforcer le réseau de formateurs dans les différentes composantes de la santé communautaire et de la promotion de la santé,
- Faire appliquer les PMA à tous les niveaux (DRSHPCMU, DDSHPCMU, ESPC, ASC et autres acteurs...)

IV.3. A l'endroit des Directions Régionales

- Poursuivre les efforts pour une amélioration de la couverture des populations par les ASC,
- Renforcer le réseau de formateurs dans les différentes composantes de la santé communautaire et de la promotion de la santé,
- Faire appliquer les PMA à tous les niveaux (DRSHPCMU, DDSHPCMU, ESPC, ASC et autres acteurs...)

IV.4. A l'endroit des Directions Départementales et Districts Sanitaires

- Poursuivre les efforts pour une amélioration de la couverture des populations par les ASC,
- Renforcer le réseau de formateurs dans les différentes composantes de la santé communautaire et de la promotion de la santé,
- Faire appliquer les PMA à tous les niveaux (DRSHPCMU, DDSHPCMU, ESPC, ASC et autres acteurs...)

Annexe 1 :



MINISTRE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA SANTE
COMMUNAUTAIRE



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



RAPPORT

EVALUATION FINALE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021



RESUME EXECUTIF

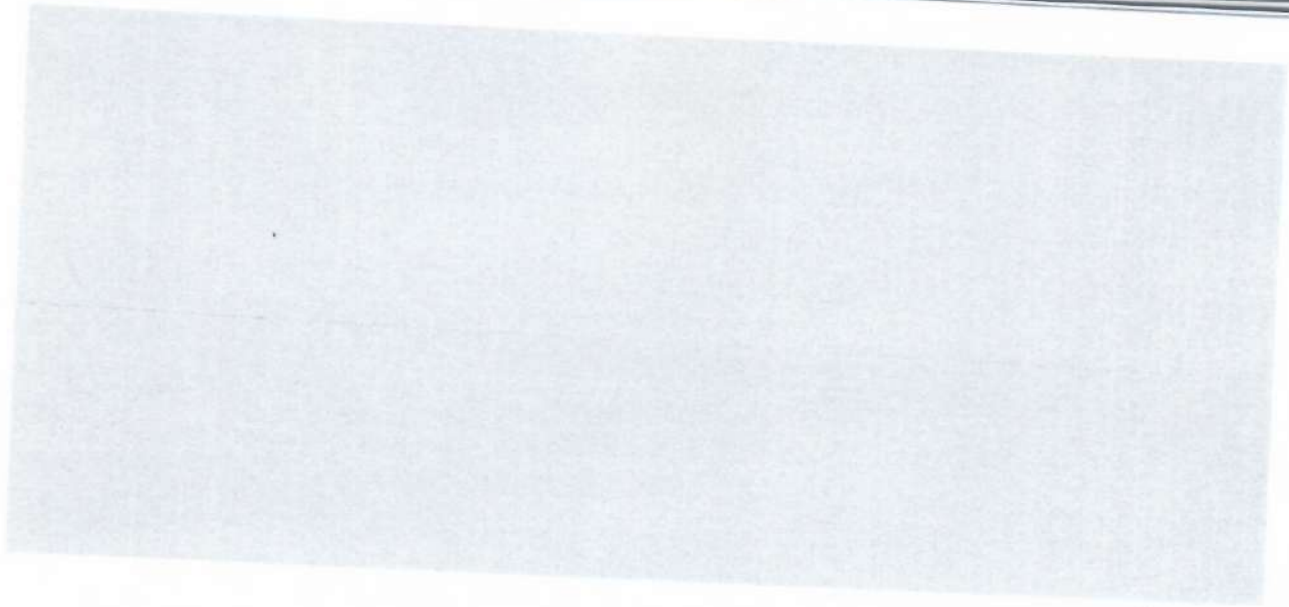


Table des matières

RESUME EXECUTIF.....	2
INTRODUCTION.....	10
I. Objectifs de l'évaluation.....	11
II. CONTEXTE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE.....	12
III. VISION ET CADRE INSTITUTIONNEL DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE.....	14
III.1 Vision de la santé communautaire.....	14
III.2 Cadre Institutionnel de la santé communautaire.....	14
IV. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021.....	15
V. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	15
VI. RESULTATS DE L'EVALUATION.....	17
VI.1. Le renforcement du Cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire.....	18
VI.1.1.Au niveau central.....	18
VI.1.2.Au niveau région sanitaire.....	19
VI.1.3.Au niveau District sanitaire.....	20
VI.1.4.Au niveau ESPC.....	20
VI.1.5.Au niveau Communautaire.....	21
VI.2.La participation Communautaire.....	23
VI.2.1.Au niveau central.....	23
VI.2.2.Au niveau Région sanitaire.....	23
VI.2.3.Au niveau District sanitaire.....	23

VI.2.4. Au niveau des ESPC.....	23
VI.2.5. Au niveau de la COMMUNAUTE.....	24
VI.3. Amélioration de la couverture et de la qualité des services	24
VI.3.1. Au niveau central.....	24
VI.3.2. Au niveau Région.....	24
VI.3.3. Au niveau District	25
VI.3.4. Au niveau des ESPC.....	25
VI.3.5. Au niveau COMMUNAUTE	26
VI.4. Système de suivi/évaluation des interventions communautaires.....	27
VI.4.1. Au niveau Région.....	27
VI.4.2. Au niveau District	28
VI.4.3. Au niveau ESPC.....	29
VI.4.4. Au niveau COMMUNAUTE	30
VII. ANALYSE DES RESULTATS	31
VII.1. Axe stratégique 1 : Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire.....	31
VII. 1.1 Analyse situationnelle de base	31
. VII.1.2 Résultats obtenus.....	31
VII.1.3 Points d'amélioration.....	33
VII.3. Axe stratégique 3 : Amélioration de la couverture et la qualité des interventions communautaires	35
VII. 3.1 Analyse situationnelle de base	35
. VII.3.2 Résultats obtenus.....	36
VII. 3.3 Points d'amélioration	36
VII.4. Axe stratégique 4 : Renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire	37

VII. 4.1 Analyse situationnelle de base	37
. VII.3.2 Résultats obtenus.....	38
VII.4.3 Points d'amélioration	38
VII.5. Axe stratégique 5 : Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire	39
VII. 5.1 Analyse situationnelle de base	39
. VII.5.2 Résultats obtenus.....	39
VII.5.3 Points d'amélioration	40
VIII. LECONS APPRISES	40
CONCLUSION	40
ANNEXES	40

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASC	: Agent de Santé Communautaire
CC	: Conseiller Communautaire
CCPISC	: Cadre de Concertation Permanent sur les Interventions de Santé Communautaire
CDQ	: Comité de Développement de Quartier
CI	: Côte d'Ivoire
CNCSC	: Comité National de Coordination de la Santé Communautaire
COGES	: Comité de Gestion
COLTMR	: Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
CSAS	: Chargé de Service Action Sanitaire
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CVD	: Comité Villageois de Développement
CVS	: Comité Villageois de Santé
DGS	: Direction Générale de la Santé
DHSI2	: District Health Information Software 2/ Logiciel d'information sanitaire du district
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
ECD	: Equipe Cadre de District
EdM	: Ecole des Maris
EMC	: Equipe de Mobilisation Communautaire
EPN	: Etablissement Public National
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FENOSCI	: Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
GF	: Groupement Féminin
GFF	: Global Financing Facility (Plan de Financement Global de la santé)
ICAP	: International Center for Aids Care and treatment Programs
ICASA	: Conférence Internationale sur le VIH/sida en Afrique

IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MUAC	: Mid Upper Arm Circumference
NPSP	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAC-CI	: Site de Côte d'Ivoire de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief / Plan Présidentiel Américain d'Urgence pour la Lutte Contre le VIH/SIDA
PHPCI	: Primary Health Care Performance Initiative
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMI	: Program Malaria Impact
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSNSC	: Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RIP+	: Réseau Ivoirien des organisations de Personnes vivant avec le VIH-sida
ROLPCI	: Réseau des Organisations de Lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire
SFDE	: Sage-Femme Diplômée D'Etat
SNIS	: Système National de l'Information Sanitaire
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé Primaires
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
UVICOCI	: Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire

REMERCIEMENTS

La présente mission d'évaluation est un exemple parfait de collaboration d'une part entre le ministère de la Santé et ses partenaires et d'autres part entre les différents services du niveau central et du niveau déconcentré au sein même du Ministère.

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

- Au *Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique* à travers :
 - La Direction Générale de la Santé (DGS) pour avoir autorisé et permis la réalisation de cette mission,
 - l'Unité de Coordination des Projets du Fonds Mondial (UCP-FM) pour son appui financier,
 - et la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) pour son appui logistique et son appui en ressources humaines ;
- Aux Partenaires Techniques et Financiers, UNFPA, Save The Children, UNICEF, ALLIANCE-CI, HP+, ONG MUSO, ANADER, Breakthrough Action, Impact Malaria pour leurs appuis logistique, technique et financier,
- Aux *autorités sanitaires des Régions et Districts visités ainsi qu'à leurs collaborateurs immédiats* pour avoir tout mis en œuvre pour la réussite de cette mission.
- *Aux Responsables des Etablissements de soins retenus dans le cadre de notre travail, qu'ils soient Médecins Chefs, infirmiers ou Sages-femmes pour leur disponibilité.*

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

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

INTRODUCTION

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est marqué par une prépondérance des maladies infectieuses et parasitaires. Le paludisme reste la principale maladie, responsable d'une forte mortalité chez les enfants de moins de cinq ans avec une incidence de cas de paludisme confirmé de 440,97 pour 1000 habitants (RASS 2020). Malgré la régression de l'épidémie au niveau national, le VIH/sida reste préoccupant avec une prévalence de 2,5% chez les adultes de 15-49 ans, selon l'évaluation de l'impact du VIH dans la population en Côte d'Ivoire (CIPHIA 2017-2018). Le taux de co-infection VIH/sida-tuberculose, est de 14,65% en 2020 (RASS 2020).

En 2016, la prévalence du retard de croissance (petite taille pour l'âge) était de 21,6 % ; la prévalence de l'insuffisance pondérale (petit poids pour l'âge) était de 12,8 % et la prévalence de l'émaciation (petit poids pour la taille) de 6,0 % (MICS, 2016). Les maladies non transmissibles, comme l'hypertension artérielle (HTA), les maladies métaboliques dont le diabète est le chef de file et les cancers, liées en partie aux comportements modernes de surconsommation alimentaire (sucre, sel), à l'alcool et au tabac, se développent de plus en plus.

La prévalence du tabagisme selon l'enquête MICS 2016, était de 17,1% chez les hommes et de 0,6% chez les femmes âgées de 15-49 ans. Selon la même source, la prévalence de la consommation d'alcool, était de 33,2% chez les hommes et de 12,5% chez les femmes.

En matière de sécurité routière, les statistiques montrent qu'en Côte d'Ivoire le taux de décès reste encore élevé (OMS 2019). Le nombre de décès par AVP est passé de 600 par an à 840 par an, de 2013 à 2016 soit un taux d'accroissement de 21,85%.

Les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés, malgré les efforts pour améliorer l'offre de soins en santé maternelle. Selon l'enquête MICS-EDS 2012, le taux de mortalité maternelle était de 614 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile juvénile était de 96 pour 1 000 naissances vivantes. Les maladies à potentiel épidémique et/ou évitables par la vaccination représentent un danger permanent.

Pour faire face à tous ces problèmes de santé, les autorités sanitaires de la Côte d'Ivoire, avec l'appui de ses partenaires se sont dotées d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) donnant les orientations stratégiques qui déterminent les grands repères des interventions pour le développement du secteur santé.

Par ailleurs, l'appropriation et la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé sont reconnues comme gage de pérennisation des résultats acquis dans la mise en œuvre du PNDS. Celles-ci ont été bien comprises par le Ministère en charge de la Santé et de la Couverture Maladie Universelle, qui s'est doté du Plan Stratégique National de la santé communautaire (PSNSC) 2017-2021. Ce plan est organisé autour de cinq axes stratégiques à savoir (i) le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ; (ii) le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire ; (iii) l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ; (iv) le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire et (v) le renforcement du financement de la santé communautaire.

Il représente par excellence la référence pour toutes planifications d'interventions communautaires.

Par ailleurs, l'émergence de nouvelles épidémies telles que la Maladie à Virus Ebola (MVE), le Zika, le Lassa, la dengue et plus récemment la pandémie liée à la Covid 19 pour laquelle la Côte d'Ivoire a enregistré 71 004 cas confirmés sur 1 233 370 échantillons prélevés, soit un taux de positivité de 5,76%, appelant ainsi au renforcement du dispositif de surveillance et de rapportage des cas et du réseau de laboratoire national, du dispositif de riposte/réponse et de la lutte.

Une évaluation à mi-parcours de ce plan a été effectuée et a permis d'ajuster certaines actions.

Au terme de son exécution, une évaluation finale a été conduite. Le présent rapport retrace les performances, les leçons apprises et les recommandations qui guideront les choix stratégiques pour l'élaboration du plan 2022-2025.

I. Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation vise à mettre à la disposition des parties prenantes de la santé communautaire, des informations sur les résultats issus de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021.

De façon opérationnelle, il s'est agi (i) d'effectuer la revue de la performance programmatique et financière par axe stratégique, (ii) d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les contraintes dans la mise en œuvre des interventions ayant contribué ou entravé l'atteinte des résultats, (iii) de faire des recommandations prenant en compte les bonnes pratiques, les opportunités, les innovations dans l'élaboration du PSNSC 2022-2025.

II. CONTEXTE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

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

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, les maladies non transmissibles prennent de plus en plus d'importance du fait des habitudes adoptées par les populations, notamment la sédentarité, l'alimentation riche en graisse, sucre et sel, la non pratique de l'exercice physique, le tabagisme, l'alcoolisme et autres addictions. Aussi, les maladies émergentes et ré émergentes y compris les maladies tropicales négligées gagnent du terrain. Toutes ces maladies se développent dans un environnement insalubre et pollué, cela dans un contexte global de réchauffement climatique très souvent lié à l'action des communautés elles-mêmes. Toutes ces menaces engendrent une augmentation des décès dans les communautés et dans les ménages.

De toute évidence, des actions vigoureuses, parfois peu coûteuses, entreprises au sein des communautés et par les communautés elles-mêmes, permettent d'alerter, de prévenir, d'éviter et de contrôler la plupart de ces problèmes de santé. A cet effet, l'Etat ivoirien a opté pour le renforcement des Soins de Santé Primaires, à travers la réorganisation de la santé communautaire pour contribuer durablement à la résolution des problèmes de santé majeurs des populations.

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

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

La santé communautaire en Côte d'Ivoire est confrontée à plusieurs défis qui entravent son développement. L'on note en Côte d'Ivoire des inquiétudes concernant essentiellement la disponibilité des soins et l'accessibilité géographique à ces soins. En effet, les interventions de santé

communautaire ne couvrent pas l'ensemble des localités d'une aire sanitaire, ni l'ensemble des aires de santé d'un même district/région sanitaire. De même la majorité des districts/régions sanitaires se trouve en deçà du ratio ressources humaines par district/région sanitaire.

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

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation standardisés pour les acteurs communautaires de santé. En termes d'intervention, les paquets d'intervention des ASC ne sont pas suffisamment standardisés et homologués. Dans le PMA, les activités des ASC sont des tâches à eux déléguées par les infirmiers et sages-femmes. Les paquets d'intervention des ASC varient selon le partenaire technique et financier intervenant selon son mandat et ses prérogatives. Une harmonisation du paquet minimum d'activités et de la formation des ASC est indispensable au renforcement de la qualité de leurs prestations.

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

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

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

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

III.1 Vision de la santé communautaire

En Côte d'Ivoire, la vision de la Santé communautaire est : « Une Côte d'Ivoire où les communautés responsables, impliquées, engagées et parfaitement intégrées au système de santé contribuent à la demande et à l'offre de soins de santé de base accessibles à tous dans un partenariat entre elles, les services sociaux de base et l'administration locale ».

Celle-ci découle de la vision stratégique du développement sanitaire en Côte d'Ivoire qui est « Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020».

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

III.2 Cadre Institutionnel de la santé communautaire

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire s'est appuyé sur des structures compétentes et a pris en compte l'aspect multisectoriel. Il a mis en place un cadre fonctionnel pour le développement de la santé communautaire.

Au niveau central, le Cadre de Concertation Permanent des Acteurs Impliqués dans la mise en œuvre des interventions Communautaires, a pour principale mission de faciliter l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021 à travers un cadre formel d'échanges entre les acteurs.

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

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

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

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

Au niveau des communautés, leur pleine participation et leur engagement sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. Cela se fait à travers les Autorités coutumières, des organisations comme les comités de gestion (COGES) des établissements sanitaires, les ONG, les coopératives, les Comités Villageois de Développement (CVD) et les Comités de Développement de Quartier (CDQ). La coordination des activités de santé communautaire est assurée par le Comité Villageois de Développement (CVD) ou le Comité de Développement de Quartier (CDQ). Le CVD ou le CDQ veille à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de mise en œuvre des activités de santé communautaire et développe des mesures de pérennisation des acquis sur la base des rapports produits par les différents acteurs.

IV. RAPPEL DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2017-2021

Le Plan Stratégique National de la Santé Communautaire en Côte d'Ivoire s'articule autour de cinq (5) axes stratégiques à savoir (i) le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ; (ii) le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire ; (iii) l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ; (iv) le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire et (v) le renforcement du financement de la santé communautaire.

V. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'évaluation finale du PSNSC s'est déroulée en trois (3) phases : la phase préparatoire, la phase de collecte et d'analyse des données et la phase de présentation des résultats.

1. Phase préparatoire

Elle a consisté à mobiliser les ressources et les acteurs pour leur implication dans le processus d'évaluation, à identifier les cibles puis à valider outils de collecte de données.

Pour la conduite du processus un groupe technique de travail (GTT) pluridisciplinaire a été constitué avec des personnes ressources issues des différents secteurs (public, société civile et partenaires au développement).

Une revue documentaire a permis d'examiner les documents des structures impliquées dans la mise en œuvre pour en extraire les données utiles et nécessaires pour les besoins de l'évaluation.

Le GTT a sélectionné différentes entités à savoir des structures du niveau central (directions centrales, programmes de santé, OSC, ONG nationales et internationales, agences du SNU), des Régions et Districts sanitaires, des ESPC, des ASC et des membres de la communauté sur la base des critères ci-après :

↓ Critères d'inclusion

- Structures du niveau central membre du cadre de concertation permanent des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires ;
- Régions sanitaires et Districts Sanitaires couverts par un partenaire technique et financier de mise en œuvre des interventions communautaires ;
- Centres de santé, de préférence 01 centre rural et 01 centre urbain, menant des activités de santé communautaire ;
- Communautés rattachées à un centre de santé sélectionné.

↓ Critères d'exclusion

- Toutes les régions sanitaires dont aucun district sanitaire n'a saisi de donnée communautaire dans le DHIS2 ;
- Tous les Districts Sanitaires qui n'ont saisi aucune donnée communautaire dans le DHIS2.

2. Phase de collecte et d'analyse des données

Cette phase a consisté en une mission de collecte de données sur le terrain à travers des entretiens individuels. Elle a été conduite par cinq (05) équipes composées de deux (02) personnes issues du GTT et de deux (02) personnes par équipe cadre du district.

L'équipe d'enquêteurs a interrogé 40 structures du niveau central (16 directions centrales, 9 programmes de santé, 9 OSC et ONG nationales, 6 agences du SNU et ONG internationales), 08 Régions, 42 Districts sanitaires et 74 ESPC, 75 ASC et 250 membres des communautés.

Au terme de la collecte les données ont été saisies sur des tablettes et transférées sur un serveur distant, duquel elles ont été extraites et exportées vers le logiciel SPSS pour le traitement.

3. Phase de présentation des résultats

Cette phase a consisté en la présentation et à la validation des résultats du rapport de l'évaluation. Elle s'est achevée par la consolidation, la finalisation et la diffusion du rapport final aux différentes parties prenantes.

4. Limites de l'évaluation

- la non collecte des données qualitatives
- non identification des répondants par structure ciblée
- la récurrence de la mise à jour des formulaires dans le serveur a entraîné des dysfonctionnements (perte de données) dans pour la saisie de données.

VI. RESULTATS DE L'EVALUATION

L'analyse des données s'est faite suivant les axes stratégiques à savoir (i) le renforcement du cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire ; (ii) le renforcement de la participation et de l'engagement communautaire ; (iii) l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires ; (iv) le renforcement du système de suivi et évaluation des interventions de santé communautaire et (v) le renforcement du financement de la santé communautaire.

VI.1. Le renforcement du Cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire

VI.1.1. Au niveau central

La plupart des structures du niveau central (78%) déclarent connaître l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre des actions de la santé communautaire. (Graphique 1). En outre, 72,5% disposent du PSNSC 2017-2021. Parmi celles-ci, 50% de la version électronique contre 8% pour la version physique.

Inserer un graphique ressortant les 72,5 % disposant le PSNSC 2017-2021.

S'agissant de l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021, 75% des structures ont affirmé y avoir participé soit à travers l'élaboration de documents normatifs de la santé communautaire et la formation des acteurs communautaires, soit par la motivation financière ou non financière des acteurs, soit par l'approvisionnement en intrants et médicaments ou alors par la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation

Mettre en annexe

Tableau I : Répartition des structures du niveau central selon leur participation à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021

Participation à l'opérationnalisation du PSNSC 2017-2021	Fréquence Effectif N=190 n =40	Pourcentage
Approvisionnement en intrants et médicaments	10	5,3%
Motivation financière des acteurs et Motivation non financière des acteurs	27	14,2%
Financement des interventions communautaires et	32	16,8%

Commenté [VG1]: Mention niveau central pose un problème. Revirer le titre en lien avec le statisticien

Commenté [VG2]: Refaire le tableau. Comment les acteurs sont positionnés par rapport au différentes thématiques . Faire l'analyse au regard des interventions libellées dans l'axe stratégique 1 du PSNSC

Commenté [VG3]: Scinder les 2 motivations.

Équipements (kit ASC, matériels...)

Coordination de la mise en œuvre et Suivi et évaluation	32	16,8%
Élaboration de document normatif de la santé communautaire et Formation des acteurs communautaires	50	26,3%
Participation au cadre de concertation	31	16,3%
Autres	8	4,2%

Commenté [VG4]: Scinder Formation et élaboration

V1.1.2. Au niveau région sanitaire

La plupart des régions soit 87,5%, a connaissance de l'existence d'un cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre des actions de la santé communautaire. Aussi, 75% des régions possèdent la version physique ou électronique du PSNSC 2017-2021.

Plus de la moitié des régions (62,5%) ont connaissance du mécanisme standardisé de motivation pour les acteurs communautaires. Seulement 25% des régions ont mis en place un comité régional de coordination des activités communautaires (Graphique 3).

Commenté [VG5]: Nous sommes en présence de 2 variables différentes qui doivent ressortir sur deux graphiques différents en tenant compte de la base de données.

VI.1.3. Au niveau District sanitaire

Parmi les districts enquêtés, 34 sur 42 soit 81% ont connaissance de l'existence du cadre réglementaire et normatif pour la mise en œuvre des actions de la santé communautaire, tandis que 69% possèdent le PSNSC 2017-2021.

Par ailleurs, 50% des districts affirment connaître l'existence d'un cadre départemental de coordination dans lequel sont discutées les problématiques de santé communautaires. En outre, plus de la moitié soit 64,3% des districts connaissent le mécanisme standardisé de motivation des ASC et des GF.

VI.1.4. Au niveau ESPC

Pour les répondants des ESPC, 55 sur 74 enquêtés soit 75% ont déclaré savoir l'existence du PSNSC 2017-2021 tandis que 83,3% ont affirmé mener des activités conformément à la stratégie communautaire nationale.

En outre, donnant leurs avis sur les approches communautaires mises en œuvre, les différents enquêtés ont cité respectivement l'utilisation des ASC (27,6%), des leaders religieux (21,8%), des groupements féminins (19,9%), et dialogue communautaire (11,5%).

Par ailleurs, les ESPC visités réalisent les activités de lutte contre le Paludisme, les Infections Respiratoires Aigües (IRA), la diarrhée (75%), le VIH/SIDA (65%), la Tuberculose (61%), ainsi que des activités de Santé mère-enfant (73%) et de Santé de la Reproduction/Planification Familiale (73%).

Les composantes promotionnelles, préventives, la prise en charge et la référence ainsi que la surveillance, occupent des proportions variables (Tableau II).

Commenté [H6]: Est possible d'avoir la % des ESPC qui travaillent conformément la stratégie parmi les 75% qui affirment connaître le PSNSC

Commenté [VG7]: Désaigréger en CSU et CSR

Tableau II : Répartition des ESPC selon les activités du PMA réalisées en fonction des différents volets

Activités offertes	Prévention/ Promotion	Prise En Charge/Référence	Surveillance
Palu/IRA/ diarrhée	36,2%	36,2%	27,5%
VIH/ sida	40,2%	31,6%	28,2%
Tuberculose	41,2%	24,7%	34,0%
Santé mère enfant	35,6%	34,2%	30,2%
SR/PF	37,9%	35,7%	26,4%

Commenté [VG8]: Ressortir pour chaque items, la proportion des ESPC qui mènent les activités. Relever la proportion d'ESPC qui font les activités VIH et TB. Et ceux qui mènent toutes les thématiques

Commenté [VG9]: Faire figurer les données en lien avec les CDQ

VI.1.5.Au niveau Communautaire

La totalité des personnes interrogées a connaissance des structures communautaires de planification, de mise en œuvre et de suivi des activités communautaires. Il s'agit du comité de gestion du centre de santé (COGES), du Comité Villageois de Santé (CVS), du Comité Villageois de Développement (CVD) et Comité de développement de quartier (CDQ).

La plus connue de ces structures est le COGES dont l'existence est confirmée par 74,4% des notables et leaders religieux, 85,3% des ASC et 85,3% des autres acteurs communautaires (PF GF, Mari modèle, membre de CLC).

Tableau III : Répartition des différentes composantes de la communauté en fonction de leur connaissance de l'existence des structures communautaires

Structures communautaires	Notabilité et guides religieux		Agents de Santé communautaire		Autres acteurs communautaires	
	N=250	N=75	N=75	N=31	N=75	N=31
Connaissance de l'existence d'un comité de gestion du centre de santé (COGES)	74,4%	85,3%	85,3%	80,6%		
Connaissance de l'existence d'un Comité Villageois de Santé (CVS)	31,2%	34,6%	34,6%	41,9%		
Connaissance de l'existence d'un Comité Villageois de Développement (CVD)	76%	77,3%	77,3%	71,0%		

Les approches communautaires (CLC, GAC, EdM et GF) mises en œuvre au sein de la communauté sont peu connues. En effet, seulement 44,0% des leaders communautaires (Notabilité et guides religieux) ont connaissance de l'existence d'un CLC, 21,2% d'un GAC, 39,2% d'un PFGF et 10,4% d'une EdM. Ces proportions varient entre 9,3% et 45,3% chez les ASC sensés collaborer avec les différents acteurs impliqués dans ces approches communautaires (Tableau IV).

S'agissant de la collaboration entre les ASC et les autres acteurs communautaires, elle est jugée bonne pour 83,9% des personnes interrogées.

Commenté [VG10]: Faire figurer les données en lien avec les CDQ.

Commenté [H11]: Voir une approche qui tente de mettre en exergue une certaines variables dont la corrélation apporte un plus dans le commentaire comparativement à ce qui est dans le tableau. Par exemple la connaissance sur les plus anciennes structures par rapport aux nouvelles. Cela permet d'éviter de dire exactement ce qui se trouve dans les tableaux....

Commenté [VG12]: Uniquement les résultats provenant de l'ASC seront pris en compte. Car difficile de comparer les 2 réponses. Asymétrie de l'information et effectif non comparable.

VI.2. La participation Communautaire

VI.2.1. Au niveau central

Au niveau des structures centrales, 65% ont connaissance de l'existence d'une plateforme de collaboration ou d'un cadre de coordination multisectoriel des interventions communautaires. Aussi, 68% de ces structures estiment que les collectivités locales, les autres services sociaux de base et les ONG sont impliqués dans la mise en œuvre des actions de santé communautaires. Par ailleurs, 50% de ces structures de ce niveau, affirment connaître un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions de santé communautaires (Graphique 13). La collaboration entre les services de santé et les ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires est jugée satisfaisante pour 57,5% des acteurs du niveau central.

VI.2.2. Au niveau Région sanitaire

La majorité des régions soit 87,5% dispose d'une plateforme de collaboration et d'un cadre de coordination multisectoriel des actions de santé communautaire (Tableau VI). Par ailleurs, nombreuses sont les régions sanitaires (75%), qui ont affirmé que les collectivités locales sont impliquées dans la mise en œuvre des actions de santé communautaire. Dans les régions visitées, 87,5% d'entre elles déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les régions, les districts sanitaires et les collectivités locales y compris les ONG. Aussi, 62% des régions déclarent qu'il existe un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires.

VI.2.3. Au niveau District sanitaire

Au niveau des districts sanitaires, 92,9% déclarent qu'il y a un cadre de collaboration entre les districts sanitaires et les autres services sociaux de base et les ONG contre 64,3% qui affirment l'existence d'un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaires.

VI.2.4. Au niveau des ESPC

Une grande proportion des ESPC soit 92%, affirment que les communautés sont impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Aussi, 46% des ESPC ont déclaré qu'il existe un mécanisme impliquant activement la communauté à la planification, à la mise

en œuvre et à l'évaluation des interventions communautaire. Par ailleurs, 70,8% des ESPC déclarent qu'il a un cadre de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG. La plupart des ESPC visités soit 79,2% ont déclaré avoir un COGES fonctionnels.

VI.2.5. Au niveau de la COMMUNAUTÉ

La quasi-totalité des acteurs communautaires, soit 96% des leaders communautaires (Notabilités et guides religieux), 100% des ASC et 96,8% des autres acteurs communautaires reconnaissent que les communautés sont informées des activités communautaires du centre de santé. Aussi, ces mêmes cibles dans leur grande majorité confirment l'implication de la notabilité du village dans la résolution des problèmes de santé.

Par ailleurs, 80,6% des autres acteurs communautaires et 80% des ASC interrogés affirment recevoir un soutien de la part de la communauté (Graphique 18).

VI.3. Amélioration de la couverture et de la qualité des services

VI.3.1. Au niveau central

Les structures qui ont déclaré utiliser les ASC représentent 62%, tandis que 52% utilisent les groupements féminins et 64% supportent la stratégie de mobilisation communautaire. Concernant la collaboration entre le MSHP CMU et les ONG, 57,5% des structures estiment que cette collaboration est globalement satisfaisante.

VI.3.2. Au niveau Région

S'agissant du positionnement des ONG, les régions ont toutes affirmé qu'il existe des ONG (locales ou internationales), présentes sur leur territoire. Six (6) régions sanitaires sur 8 interviewées soit 75% analysent les données communautaires dont 62,5% des régions utilisent les données pour améliorer les interventions communautaires (Tableau XIII).

Une faible proportion de régions sanitaires dispose d'une grille de supervision (37,5%). Seulement la moitié des régions visitées soit 50% établit un programme de supervision des activités communautaires (Tableau XIV).

Concernant les outils de gestion de médicaments et intrants au niveau communautaire, 75% des régions sanitaires a affirmé en disposer. Cependant, dans la moitié des régions (50%) des ruptures en médicaments traceurs ont été signalées par des districts sanitaires au cours des six (6) derniers mois de 2021.

VI.3.3. Au niveau District

Plus de la moitié des districts sanitaires soit 67% dispose d'une cartographie des ONG avec lesquelles ils collaborent. Aussi, toutes les ONG mènent les activités communautaires dans les différentes composantes : préventive (95,2%), promotionnelle (88,1%), de prise en charge (88,1%), de dépistage (85,7%), de référence (92,9%) et de mobilisation communautaire (81,0%).

S'agissant de la validation des données communautaires, 64% des districts sanitaires, la réalisent mensuellement avant leur saisie dans le DHIS2. Concernant les outils de supervision, seulement 7,6% des districts sanitaires disposent d'une grille de supervision. Quant au guide de supervision 52,4% des districts sanitaires en disposent. Pourtant 76,2% des districts sanitaires établissent un programme de supervision des activités communautaires. Par contre, la grande majorité des districts sanitaires soit 72%, ne dispose pas de plan de renforcement de capacités des agents de santé communautaire.

Quant aux outils de gestion des médicaments et intrants, une proportion importante des districts sanitaires (85,7%), a affirmé en disposer. Par ailleurs, 97,6% des districts sanitaires, possèdent la liste des médicaments à utiliser au niveau communautaire. Par contre, plus de la moitié des districts sanitaires (59,5%) a connu une rupture en médicaments et intrants pour les ASC au cours des 6 derniers mois de l'année 2021.

VI.3.4. Au niveau des ESPC

La totalité des ESPC enquêtés (86,1%) disposent d'une grille de supervision des ASC. Par ailleurs, plus de la moitié de ces ESPC (63,9%) établissent un programme de supervision des ASC. (Tableau XIX)

Seulement 26,4% des ESPC disposent d'un plan de renforcement de capacités des acteurs communautaires et 45,8% ont un plan de renforcement des capacités des ASC. Cependant, 22,2% ESPC ayant effectivement renforcé les capacités des acteurs communautaires. (Tableau XX).

Concernant les médicaments et intrants, 83,3% des ESPC ont affirmé en disposer et mis à la disposition des ASC. Cependant, 65,3% des ESPC ont reconnu qu'il y a eu des ruptures en médicaments et intrants durant les 6 derniers mois.

VI.3.5. Au niveau COMMUNAUTÉ

Concernant la couverture des ménages, les ASC couvrent entre 9 au minimum et 250 au maximum, avec une moyenne de 65 ménages. Nous trouvons en moyenne deux (2) ASC par village visité.

Une diversité de mode de sélection a été observée dans le choix des ASC interrogés . 37,2% des ASC répondants ont affirmé avoir été choisis par la communauté.

Au sujet de la formation et de l'équipement des ASC, la quasi-totalité des ASC enquêtés (98,7%) a été formée sur le PMA et 97,3% d'entre eux ont été équipés

Concernant les équipements donnés aux ASC, les résultats montrent que les ASC ont pour la plupart reçu un vélo, une chasuble, un MUAC, un thermomètre, un sac à dos, des boîtes, une torche, une boîte à pharmacie, une boîte à images et des outils de collecte de données

Dans le cadre de la mise en œuvre de leurs activités, les ASC et les autres acteurs communautaires rencontrent des difficultés. Les ASC qui ont affirmé avoir eu des difficultés dans le déroulement des activités représentent 73,3% et 44,0% ont avoué rencontrer des difficultés à renseigner les outils (cahier, registre, rapport mensuel d'activités). Cependant, seulement 36,0% des ASC ont bénéficié d'un coaching ou autre renforcement de capacité, quand, 97,3% ont bénéficié de visites de supervision

Quant aux autres acteurs communautaires (PFGF, maris modèles, membres de CLC et GAC), 80,6% ont eu des difficultés dans le déroulement des activités et 61,3% ont eu des difficultés à renseigner les fiches d'activités et rapports mensuels. Pourtant, une proportion non négligeable d'entre eux (77,4%) a bénéficié de supervision.

Concernant l'approvisionnement en médicaments essentiels et intrants au niveau communautaire, 74,7% des ASC connaissent la liste de médicaments et intrants à utiliser au niveau communautaire et 50,7% d'entre eux, ont connu des difficultés à recevoir les médicaments et intrants pour leurs activités de prise en charge. Pourtant, 66,7% des ASC ont exprimé leur besoins en approvisionnement de médicaments aux IDE/SFDE superviseurs.

VI.4.Système de suivi/évaluation des interventions communautaires

VI.4.1.Au niveau Région

Toutes les régions enquêtées disposent d'un plan d'action opérationnel 2021 dont 87,5% avec une composante de santé communautaire.

En outre 87,5% des régions visitées ont affirmé disposer d'un CAC pour le suivi des activités communautaires de la région. S'agissant des réunions de coordination des activités communautaires, seulement 62,5% des régions visitées les mettent en œuvre.

TableauXIX : Répartition des régions en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les régions	Effectif N=8	Pourcentage
Disponibilité du plan d'action opérationnel 2021 de la région	8	100,0%
Existence des activités communautaires dans le plan d'action 2021 de la région	7	87,5%
Existence d'un point focal/CAC pour le suivi des activités communautaires de la région	7	87,5%
Organisation des réunions de coordinations des activités communautaires de la région	5	62,5%

VI.4.2. Au niveau District

Dans les districts sanitaires visités, la quasi-totalité, soit 97,6%, dispose d'un plan opérationnel 2021 intégrant les activités de santé communautaire. Aussi, 100% de ces districts sanitaires ont un CAC qui assure le suivi des activités communautaires. Quant au plan de suivi et évaluation des interventions communautaires, seulement 42,9% des districts visités en disposent. Par ailleurs, l'ensemble des districts sanitaires saisit les données communautaires des ESPC dans le DHIS2 et 57,1% d'entre eux, ont affirmé avoir organisé au moins une réunion de coordination de la mise en œuvre des activités communautaires au cours des trois précédents mois. (Tableau XXX).

TableauXXX : Répartition des districts sanitaires en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les districts sanitaires	Effectif N=42	Pourcentage
Disponibilité du plan d'action opérationnel 2021 du district	41	97,6%
Existence d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires définissant la périodicité des supervisions, des séances de coaching des acteurs communautaires et le monitoring de leurs activités	18	42,9%
Existence d'un point focal/CAC pour le suivi des activités communautaires du district	42	100,0%
Saisie des rapports communautaires des ESPC dans DHIS2	42	100,0%
Organisation des réunions de coordinations des activités communautaires du district	24	57,1%

Commenté [VG13]: Revoir le nombre de districts, vérifier s'il y a eu un redressement de l'échantillon. Revoir l'échantillon en expliquant l'écart entre la taille de l'échantillon et le dénominateur
Revoir tous les autres chiffres dans le tableau

VI.4.3. Au niveau ESPC

Répondant à la question en lien avec l'existence d'un micro plan d'activités communautaires, 26,4% des ESPC enquêtés, ont affirmé en disposer. Parmi ceux-ci, seulement 19,4% ont déclaré que la communauté participe à l'élaboration des micros plans. Aussi, 84,7% des ESPC participent aux réunions de coordination des activités communautaires au niveau du district. Par ailleurs, une faible proportion des ESPC soit 38,9% organise la réunion mensuelle de coordination des activités communautaires. Par contre, 97,2% des ESPC ont affirmé organiser des réunions de validation périodique des rapports avec les ASC (Tableau XXXI).

Tableau XXI : Répartition des ESPC en fonction de leurs réponses sur les activités de suivi/évaluation

Activités de suivi/Evaluation dans les ESPC	Effectif N = 72	Pourcentage
Disponibilité des micros plans d'activités communautaires de l'ESPC	19	26,4%
Participation des communautés à l'élaboration des micros plans	14	19,4%
Participation de l'ESPC aux réunions de coordination des activités communautaires du district	61	84,7%
Organisation à l'ESPC de la réunion mensuelle de coordination avec les communautés	28	38,9%
Organisation à l'ESPC des réunions de validation mensuelle des rapports avec les ASC	70	97,2%

VI.4.4. Au niveau COMMUNAUTAUTE

Tous les ASC enquêtés déclarent produire des rapports mensuels des activités communautaires et participer à la validation des rapports avec leur Superviseur au centre de santé.

Cependant, seulement 32 % des ASC affirment avoir organisé des réunions avec les communautés et 30,7% des ASC ont affirmé avoir participé à la réunion trimestrielle de coordination organisée par le district (Tableau XXXII).

Tableau XXII : Répartition des ASC en fonction leur participation au suivi des activités communautaires.

	Effectif N=75	Pourcentage
ASC produisant des rapports mensuels des activités communautaires	75	100,0%
ASC faisant la validation des rapports avec leur Superviseur au centre de santé	75	100,0%
ASC organisant des réunions avec les communautés	24	32,0%
ASC participant à la réunion trimestrielle de coordination organisée par le district	23	30,7%

VII. ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats de l'évaluation finale sont présentés dans cette section à travers une analyse par axe stratégique tel que défini dans le PSNSC 2017-2021. Cette analyse présente d'abord la situation globale de base et ensuite les réalisations obtenues par niveau de la pyramide sanitaire.

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

VII.1.1 Analyse situationnelle de base

La situation de base à adresser par cet axe était : l'absence de politique nationale de santé communautaire, l'absence d'un cadre réglementaire et législatif pour les ASC dans le cadre de la participation communautaire, la fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des fonctions (ASC, relais) organisés autour d'une multitude de structures (aires de santé, organisations communautaires de base), l'absence de statut bien défini des agents de santé communautaire, l'absence de formalisation des interventions des agents de santé communautaire et l'absence d'un cadre national de coordination des activités communautaires. On note également l'absence d'outils harmonisés de supervision des acteurs communautaires, la non-intégration des aspects communautaires dans la grille de supervision des ECD et des ERS, le manque de supervision intégrée des acteurs communautaires ainsi que l'absence d'outils standards harmonisés pour la collecte de données au niveau communautaire.

Cette situation est également marquée par une absence de Paquet Minimum d'Activités standardisé et harmonisé pour les ASC, l'inexistence d'un cursus et d'un curriculum de formation des acteurs communautaires, l'absence de standardisation et de planification de la formation des agents de santé communautaire (ASC), l'absence d'un cadre juridique (loi, décret, arrêté ou circulaire) de motivation des ASC (primes harmonisées, facilités d'accès aux soins et soutiens de la communauté) et l'absence de lignes budgétaires dans le budget de l'Etat et des collectivités locales pour le financement de la motivation des acteurs communautaires.

VII.1.2 Résultats obtenus

L'analyse des résultats, au terme de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021, montre que le document de politique nationale de la santé communautaire a été élaboré et diffusé. Le cadre réglementaire et législatif de la santé communautaire n'est pas encore totalement en place. Le

Cadre de Concertation Permanent sur les interventions de santé communautaire (CCPISC) existe et fonctionne depuis octobre 2019. Il tient ses réunions semestrielles ainsi que celles de ses sous-groupes thématiques. Aussi, pour encadrer certaines interventions de santé communautaire, des arrêtés¹, des notes circulaires² et des documents de politique³ ont été élaborés et mis en œuvre.

Au niveau de la mise en œuvre des interventions communautaires, les réalisations ont donné des résultats probants notamment :

- la définition des critères, des conditions d'exercice de l'ASC et de son Paquet Minimum d'Activités à réaliser dans sa communauté;
- l'harmonisation des outils de collecte de données des différents acteurs communautaires (ASC, GF, EMC, Praticiens de la Médecine Traditionnelle) ;
- l'intégration des données communautaires dans le DHIS2 ;
- l'existence d'une cartographie nationale, d'une base de données de l'intervenant communautaire et des ASC,
- La disponibilité du PSNSC 2017-2021 dans 72,5% des structures du niveau central visitées, dans les régions sanitaires (75%),
- La mise en œuvre du PSNSC à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- La bonne appropriation du cadre réglementaire et normatif (83,3% des ESPC affirment mener les activités conformément à la stratégie communautaire nationale),
- L'institution et la mise en œuvre d'un mécanisme standardisé de motivation des ASC.
- La mise en place d'un cadre de coordination des activités communautaire au niveau des régions et districts sanitaire (25% des régions sanitaires et 50% des districts sanitaires),
- L'existence de grilles de supervision intégrées des acteurs communautaires,
- L'existence des organisations à base communautaire (COGES, CVS et CVD),

¹ Arrêté N° portant...

² Note circulaire relative.....

³ Document politique sur la politique de délégation de tâches

VII.1.3 Points d'amélioration

Malgré les nombreux acquis dans l'axe stratégique 1 du PSNSC, il convient de relever les interventions qui restent à accomplir :

- la non formalisation du cadre de concertation permanent,
- l'absence d'un référentiel de mise en œuvre des interventions communautaires,
- L'insuffisance de prise en compte des questions de la santé communautaire par les cadres de concertation multisectorielle au niveau région et département,
- L'absence de plan national de formation des ASC,
- l'absence d'un cadre juridique portant statut et mécanisme de motivation des acteurs communautaires (lois, décret, arrêté, circulaire). La motivation comporte un volet numérique et non numérique avec une participation des communautés.
- L'absence de plaidoyer auprès des communautés pour leur participation à la motivation non numérique des ASC,
- L'absence de la contribution de l'Etat et des collectivités territoriales dans la motivation financière des ASC.

Au terme de l'analyse de l'axe stratégique 1, l'évaluation finale recommande de :

- Engager des réflexions sur de nouveaux mécanismes de motivation des acteurs communautaires,
- Formaliser le statut des ASC et du cadre de concertation permanent,
- Elaborer un plan national de formation initiale et continue des ASC,
- Elaborer un référentiel des interventions communautaires.

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

VII. 2.1 Analyse situationnelle de base

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

VII.2.2 Résultats obtenus

L'implication des collectivités locales, des autres services sociaux de base et des ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires a été effective dans la mise en œuvre du PSNSC selon les structures interrogées (structures de niveau central (68%), régions sanitaires (75%), districts sanitaires (92,9%)). Par ailleurs, il existe des cadres de collaboration entre l'ESPC, les autres services sociaux de base et les ONG intervenant dans les différents districts (70,8% des ESPC).

L'implication de la communauté dans la gestion des actions communautaires est reconnue par les différentes structures (50% des structures du niveau central, 62% des régions sanitaires et 64,3% des districts sanitaires). Cependant, celle-ci est peu perceptible au niveau de l'ESPC (46%).

Aussi, la collaboration entre les services de santé et les ONG dans la mise en œuvre des interventions communautaires est jugée satisfaisante pour 57,5% des acteurs centraux (directions centrales et programmes de santé du MSHPMCU, ONG nationales et internationales, Agences du Système des Nations Unies). Une grande proportion des ESPC (92%) a déclaré que les communautés sont impliquées dans la mise en œuvre des interventions communautaires. La plupart des ESPC visités soit 79,2% a déclaré avoir un COGES fonctionnel.

Pour ce qui est de la collaboration entre les ASC et les autres acteurs communautaires, 62,7% des premiers pensent qu'il existe une collaboration.

VII.2.3 Points d'amélioration

Malgré les acquis en lien avec l'axe 2 du PSN-SC, l'implication des collectivités reste limitée à la participation à des réunions ponctuelles, en la représentation de leur institution lors des activités lorsqu'elles sont conviées. Toutefois, le degré d'implication des collectivités et des communautés devrait se situer au-delà de la simple implication pour se hisser à un niveau décisionnel d'engagement.

L'évaluation a également noté l'absence de formalisation d'un cadre de concertation permanent sur les Interventions Communautaires. Cette absence s'explique par l'existence de plateforme multisectorielle qui aurait pu servir d'espace d'échange des questions de santé communautaire. L'évaluation finale recommande donc de :

- Renforcer l'implication des collectivités et communautés pour un engagement effectif dans les actions de santé communautaires ;
- Faire le plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, des leaders communautaires pour leur mobilisation dans la mise en œuvre du cycle d'action communautaire,
- Faire le plaidoyer auprès des structures sanitaires décentralisées pour l'inscription de questions de santé communautaire à l'agenda de réunions des plateformes multisectorielles.

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

VII. 3.1 Analyse situationnelle de base

L'analyse situationnelle de base avant la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021 a révélé une insuffisance de couverture totale des aires des localités, des districts sanitaires et des régions sanitaires par les interventions communautaires.

. VII.3.2 Résultats obtenus

Au terme de la mise en œuvre du PSNSC 2017-2021, les résultats obtenus en lien avec cet axe sont les suivants :

- Le déploiement de 19 897 ASC formés sur le PMA, équipés en matériels (bottes, chasubles, MUAC, outils de collecte de données, boîtes à médicaments ...), intrants, médicaments et moyens de mobilité,
- L'Existence d'un pool de formateurs sur le PMA des ASC de base et ASC coach au niveau central et déconcentré,
- la quasi-totalité des ASC interrogés (98,7%) a été formée sur le PMA et 97,3% d'entre eux, ont été équipé,
- La supervision des ASC par les agents de santé (97,3% ont bénéficié de visites de supervision),
- Le déploiement de 2044 GF et XX EdM
- La prise de l'arrêté du 17 juillet 2021 de la DGS portant sur l'approvisionnement en médicaments et intrants des ASC,
- L'Existence d'une liste de médicaments et intrants dédiés aux activités communautaires,
- La mise à disposition des médicaments et intrants au ASC est effective dans les ESPC (83,3% des ESPC interrogés ont affirmé avoir mis à la disposition des ASC des médicaments et intrants)

VII. 3.3 Points d'amélioration

L'analyse des résultats obtenus dans la mise en œuvre du PSNSC révèle des limites à savoir :

- L'insuffisance de supervision des acteurs communautaires à tous les niveaux,
- La rupture d'outils de supervision et de collecte des données,
- Le non respect du mode de sélection des ASC (37,2% des ASC interrogés a affirmé avoir été choisi par la communauté)

- L'absence de déploiement des ASC Coachs,
- La non uniformisation du PMA des Conseillers Communautaires et autres éducateurs de pairs ainsi que les acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose avec celui des ASC,
- La rupture des médicaments et intrants communautaires,
- L'absence de saturation en couverture adéquate des districts sanitaires en ASC,

Ainsi sur la base des constats, l'évaluation recommande de :

- Renforcer la supervision des acteurs communautaires
- Rendre disponible les outils de supervision et de collecte de données
- Veiller au respect des critères de sélection des ASC
- Renforcer le positionnement des ASC pour une saturation optimale en couverture des DS
- Assurer le déploiement des ASC coachs
- Renforcer la disponibilité des médicaments et intrants au niveau communautaire
- Engager une réflexion sur le mécanisme d'harmonisation des PMA et des motivations des ASC et des conseillers communautaires/pairs éducateurs

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

VII. 4.1 Analyse situationnelle de base

L'analyse situationnelle de base pour l'élaboration du PSNSC 2017-2021 avait mis en évidence une insuffisance du système de suivi-évaluation des interventions de santé communautaire. Ce dysfonctionnement est dû à l'insuffisance des systèmes d'information et de gestion de la santé communautaire, à l'insuffisance des supervisions réalisées à l'endroit des acteurs (IDE, ASC, et les autres acteurs) associée au manque d'outils harmonisés et intégrés pour la supervision. Aussi, il est à noter une insuffisance de partage d'expériences et de bonnes pratiques et à une faible appropriation des rôles en matière de suivi de la santé communautaire par les collectivités locales.

VII.3.2 Résultats obtenus

A l'issue de l'évaluation finale du PSNSC 2017-2021, l'on peut capitaliser les résultats et acquis suivants :

- L'Existence de grille (97,6% des districts sanitaires disposent d'une grille de supervision) et guide de supervision, module de formation,
- L'intégration des données communautaires dans le DHIS2 (l'ensemble des districts sanitaires saisit les données communautaires des ESPC dans le DHIS2)
- La mise en place des CAC au niveau des régions et districts sanitaires (87,5% des régions visitées ont affirmé disposer d'un CAC pour le suivi des activités communautaires de la région. 100% des districts sanitaires enquêtés ont un CAC qui assure le suivi des activités communautaires)
- L'institution des réunions de coordination des activités communautaires au niveau DS (57,1% d'entre eux, ont affirmé avoir organisé au moins une réunion de coordination de la mise en œuvre des activités communautaires au cours des trois précédents mois),
- L'élaboration des rapports mensuels d'activités par les acteurs communautaires (Tous les ASC enquêtés (100%) produisent des rapports mensuels des activités communautaires).

VII.4.3 Points d'amélioration

En dépit des acquis, des insuffisances ont été relevées lors de l'évaluation à savoir :

- ✓ L'absence d'un plan d'action opérationnel et de suivi/évaluation du PSNSC 2017-2021
- ✓ La faible analyse et utilisation des données communautaires
- ✓ La faible complétude des données saisies dans le DHIS2,
- ✓ Une faible documentation et vulgarisation des expériences,

Au regard de ces insuffisances, l'évaluation recommande de :

- Renforcer les capacités techniques des structures communautaires sur la diffusion des résultats et la consolidation des bonnes pratiques
- S'assurer de l'élaboration des plans d'action opérationnelle et de suivi/évaluation du PSNSC 2022-2025
- Renforcer l'analyse et l'utilisation des données communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

VII.5. Axe stratégique 5 : Renforcement du financement de la santé communautaire

VII. 5.1 Analyse situationnelle de base

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

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

. VII.5.2 Résultats obtenus

VII.5.3 Points d'amélioration

VIII. LECONS APPRISES

CONCLUSION

ANNEXES