

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité – Dignité – Travail



MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

POLITIQUE NATIONALE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE POUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE 2023-2030

2023



ICHESS



BANQUE MONDIALE



Organisation mondiale de la Santé

unicef



MEDECINS
SANS FRONTIERES

Préface

La Constitution de la République Centrafricaine du 30 mars 2016, reconnaît la santé et le bien-être comme un droit fondamental de tout Centrafricain. De ce fait le pays s'est engagé à réaliser les cibles des objectifs de développement durable en mettant la couverture sanitaire universelle au centre de ses efforts.

Pour la matérialisation de cet engagement constitutionnel, le Gouvernement a adopté la Politique Nationale de Santé (PNS) pour la période de 2019-2030 et le Plan National de Développement Sanitaire Troisième génération (PNDS III) pour la période 2022-2026, avec comme vision « Faire de la République Centrafricaine un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population ».

En faisant de la santé et le bien-être en général et le développement du capital humain en particulier les piliers de ma politique socio-économique, j'ai lancé les Dix Domaines d'Impulsions Présidentielles en vue de rapprocher davantage les services sociaux de la population en renforcent l'engagement communautaire.

En effet, l'avènement de la pandémie de COVID-19 et ses conséquences socio-économiques ont démontré les faiblesses du système de santé formels et l'importance de la participation ainsi que de l'engagement des communautés à la résolution des questions liées à leur santé et à leur bien-être. C'est dans cette perspective que j'ai instruit le Ministre chargé de la Santé et de la Population de repenser la configuration du système de santé actuel axé sur la médicalisation au profit des approches communautaires centrées sur la personne avec sa pleine participation.

Le document de Politique Nationale d'engagement communautaire pour la Santé et le Bien-être en République Centrafricaine est le résultat d'un travail concerté et réalisé selon un processus inclusif. Il est l'émanation du premier Forum National sur la santé communautaire qui a eu lieu du 1^{er} au 3 mars 2023 dans à l'Hôtel Oubangui. Ce forum a pour particularité d'avoir débouché sur un changement de paradigme en matière de santé communautaire par l'adoption d'un nouveau cadre conceptuel qui met l'emphase sur l'engagement communautaire comme pilier de santé communautaire, contrairement à la conception universelle qui privilégie l'agent de santé communautaire.

J'exhorte donc tous les secteurs aussi bien publics que privés, les partenaires techniques et financiers, la société civile à se mobiliser et s'aligner sur cette politique afin de permettre à la République Centrafricaine d'être au rendez-vous de la couverture sanitaire universelle d'ici 2030.




Pr Faustin Archange TOUADERA

Président de la République, Chef de l'Etat

Remerciements

Je remercie :

Le Gouvernement que dirige Son Excellence, Monsieur Felix MOLOUA, Premier Ministre, Chef du Gouvernement sous la très Haute impulsion de Son Excellence, le **Professeur Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat, qui fait de la santé un des piliers de sa politique sociale et économique, fondée sur le développement du capital humain.



Toutes les autorités politico administratives, les leaders communautaires, les notables ainsi les organisations de la société civile pour leurs contributions cruciales dans la formulation de cette politique.

Les Partenaires Techniques et Financiers, notamment la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme la tuberculose et le VIH/SIDA, l'OMS, l'UNICEF, la Fondation Bill et Melinda Gates, World vision, la Croix Rouge Française, Mentor Initiative, MSF, Médecin du Monde, Action contre la Faim reçoivent ici notre témoignage de reconnaissance pour leur appui financier et technique dans la conception et la finalisation de cette politique.

ICHESS pour son assistance technique dans la conception du présent document.

Tous les experts et cadres du Ministère de la Santé et de la Population, pour le sacrifice, l'endurance en vue de doter le pays de cet outil si important pour la gouvernance du système.

Ministre Chargé de la Santé et de la Population



Dr Pierre SOMSE

Glossaire

Acteur communautaire : c'est quelqu'un qui, indépendamment de sa situation hiérarchique dans une communauté, une entreprise, une administration ou une structure quelconque, a la capacité et la volonté de prendre des initiatives pour faire évoluer la communauté à laquelle il appartient, et d'agir pour l'adapter aux évolutions acquises ou prévisibles de l'environnement.

Agent de santé communautaire : est une personne (femme ou homme), volontaire, sélectionnée dans et par sa communauté conformément aux critères définis, ayant reçu une formation de base sur un paquet d'activités communautaires pour offrir dans sa communauté des services préventifs, promotionnels, curatifs de base et de réadaptation, sous l'encadrement technique du personnel de santé qualifié et l'appui du leader de la communauté. Il s'agit donc d'une personne qui accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer de façon durable à l'amélioration de l'état de santé des habitants de son village/quartier.

Auxiliaires de santé : anciens Agents de santé communautaire et Infirmiers secouristes qui appuient le personnel de santé dans les Formations Sanitaires (agents d'appui actuel).

Bénévole communautaire : une personne qui accomplit un travail sans obligation, à titre gracieux sans être rémunéré dans une communauté ou une entreprise.

Capital social : est le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des réseaux, des normes et la confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties. Plus ces réseaux et ces liens sont solides, plus il est probable que les membres d'une communauté coopèrent dans l'intérêt de tous.

Communauté : l'unité sociale minimale pertinente localement juste au-dessus du niveau du ménage (village, quartier, circonscription, paroisse, ville). Il s'agit de groupe des personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire.

Communication sur les risques : un échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables locaux ou décideurs politiques et les personnes exposées à des risques identifiés.

Communication sur les risques en situation d'urgence : une intervention de partage d'information sur un événement qui représente un danger (réalisée non pas seulement pendant, mais aussi durant tout le cycle de la préparation et réponse aux urgences) et après la phase d'urgence (pour faciliter le relèvement), afin de permettre à toutes les personnes exposées aux risques identifiées de prendre des décisions en connaissance de cause pour se protéger, et protéger leur famille et leur communauté de ces risques menaçant leur survie, leur santé et leur bien-être.

Dialogue communautaire : processus de communication participatif et interactif qui réunit différents acteurs/intervenants de la communauté pour échanger et discuter sur des sujets

d'intérêt pour la communauté afin de mieux se comprendre les uns les autres, dans le but de surmonter certains obstacles auxquels fait face la communauté. C'est aussi à travers ce processus que la communauté planifie, évalue et rapporte la mise en œuvre des activités en sa faveur et avec sa participation.

Engagement communautaire : est un processus des actions fondamentales visant à travailler avec des chefs traditionnels, leaders communautaires, dirigeants de la société civile et leaders d'opinion, y compris les groupes vulnérables ; et élargir le rôle collectif ou de groupe pour résoudre les problèmes qui affectent leurs vies. L'engagement communautaire s'appuie sur les forces et les capacités locales et améliore la participation, l'appropriation, l'adaptation et la communication au niveau local.

Mobilisation sociale : est un processus utilisant la communication pour rallier à l'action un grand nombre de personnes notamment la société civile afin de rassembler les forces, de mettre les énergies et les ressources ensemble pour réaliser un but social commun.

Organisation à assise communautaire : est une structure organisée représentant un groupe de personnes poursuivant un but commun. Elle est organisée localement par des membres de la communauté et peut être formelle ou non.

Participation communautaire : est un processus par lequel les personnes individuellement ou en groupe évaluent leurs propres besoins et participent à l'analyse, à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation d'initiatives humanitaires, sociales, culturelles, économiques, de développement et de gouvernance. Les points de vue et les besoins de la communauté sont dûment pris en compte dans tous les aspects de la politique, de la planification, de la recherche et de la pratique.

Santé communautaire : est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur *l'engagement des communautés*. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et réadaptatifs destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique avec l'appui des autorités locales. Elle vise donc à étendre les prestations sanitaires dans la communauté et renforcer la *gouvernance sanitaire locale* et le *partenariat* entre les communautés et les structures de santé.

Système de santé communautaire : est l'ensemble des acteurs, des relations et des processus locaux engagés dans la production, la défense et le soutien de la santé dans les communautés et les ménages en dehors des structures de santé formelles, mais existant en relation avec elles.

Volontaire communautaire : une personne qui accepte de son plein gré une mission, une tâche au profit de sa communauté. Il offre son temps sans contrainte pour réaliser une activité et reçoit éventuellement une rétribution pour sa subsistance pendant cette période.

Contenu

Préface.....	2
Remerciements.....	3
Glossaire	4
Sigles et acronymes	8
I. INTRODUCTION	9
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	10
III. ANALYSE DE LA SITUATION.....	11
3.1. Etat de santé de la population.....	11
3.2. Analyse des déterminants de la santé.....	11
3.2.1. Situation économique et sociale	12
3.2.2. Education	12
3.2.3. Facteurs environnementaux.....	13
3.2.4. Facteurs comportementaux	13
3.3. Genre et violences basées sur le genre	13
3.4. Approches de santé communautaire.....	14
3.4.1. Expériences de santé communautaire dans le monde	14
3.4.2. Expériences de santé communautaire en République Centrafricaine.....	15
3.5. Processus d'élaboration de la politique nationale d'engagement communautaire	18
3.6. Problèmes prioritaires du système de santé communautaire	20
IV. PRINCIPAUX CHANGEMENTS DE LA POLITIQUE : l'approche inclusive.....	22
V. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	23
5.1. Instruments et engagements internationaux.....	23
5.2. Instruments nationaux.....	24
VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	25
6.1. Vision.....	25
6.2. Mission.....	25
6.3. But.....	25
6.4. Objectifs	25
6.4.1. Objectif général	25
6.4.2. Objectifs spécifiques.....	25
6.5. Principes directeurs	26

6.6.	Orientations stratégiques par domaine.....	28
6.6.1.	Gouvernance et coordination en engagement communautaire	28
6.6.2.	Ressources humaines en engagement communautaire	29
6.6.3.	Paquet des services et soins à base communautaire.....	31
6.6.4.	Synergie d'action pour l'engagement communautaire.....	31
6.6.5.	Gestion des médicaments, matériels, équipements et autres intrants.....	32
6.6.6.	Financement pour l'engagement communautaire	32
6.6.7.	Suivi, évaluation et apprentissage en engagement communautaire.....	33
VII.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET PARTENARIAT	34
7.1.	Pilotage de la mise en œuvre.....	34
7.2.	Coordination et gestion	34
7.3.	Partenariat et collaboration intra & intersectorielle.....	34
7.4.	Mesures d'accompagnement de la Politique	34
7.5.	Procédures d'adoption et de révision de la Politique	35
	Annexe 1 : Paquet complet d'activités à base communautaire.....	36
	Annexe 2 : Cadre de responsabilités des Acteurs Communautaires.....	39
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43

Sigles et acronymes

ACF	: Action Contre la Faim
ASC	: Agent de Santé Communautaire
AVCI	: Année de Vie Combinée d'Invalidité
BM	: Banque Mondiale
CAC	: Cellule d'Animation Communautaire
COGES	: Comité de Gestion
CONGES	: Conseil de Gestion
COVID	: Corona Virus Disease
CPN	: Consultation Pré Natale
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DS	: District Sanitaire
FBP/FBR	: Financement Basé sur la Performance/Résultat
FM	: Fonds Mondial
FOSA	: Formation Sanitaire
ICHESS	: International Center for Health System Strengthening
IDH	: Indice de Développement Humain
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
MSF	: Médecin Sans Frontière
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
MVE	: Maladie à Virus Ebola
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PCIME-NE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et du Nouveau-né
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNUD	: Programme de Nations Unies pour le Développement
PS	: Poste de Santé
RCA	: République Centrafricaine
RCPCA	: Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
RH	: Ressources Humaines
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SBC	: Surveillance à Base Communautaire
SRMNIA-Nut	: Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent ainsi que la Nutrition
SSP	: Soins de Santé Primaires
TB	: Tuberculose
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIDC	: Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaire
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

L'engagement communautaire est la pierre angulaire des services de santé publique axés sur la relation communautaire. Il constitue également une démarche essentielle pour l'amélioration de l'équité en santé à travers des actions sur les déterminants de santé^{1,2}. Depuis la Conférence d'Alma-Ata en 1978 et son objectif de « La Santé pour Tous », les soins de santé primaires ne pouvaient être efficaces que s'ils reposent sur une auto-responsabilité individuelle et collective, autrement dit un engagement communautaire optimal³.

L'OMS définit l'engagement communautaire comme « un processus de développement de relations qui permettent aux parties prenantes de travailler ensemble pour résoudre les problèmes liés à la santé et promouvoir le bien-être »⁴. L'engagement communautaire permet donc des changements dans les comportements des individus, de l'environnement et des pratiques au sein des communautés. De nos jours, les données probantes montrent que l'engagement communautaire peut améliorer la satisfaction des utilisateurs, des programmes mieux adaptés et élargir l'accès aux forces et aux ressources des communautés contribuant ainsi à l'amélioration des résultats de santé, en plus d'aider à affermir l'identité communautaire⁵.

La République Centrafricaine (RCA), à l'instar de plusieurs pays dans le monde s'est engagée à réaliser les cibles des objectifs de développement durable (ODD) en général avec un fort repositionnement de la couverture sanitaire universelle (CSU) au centre des efforts pour la réalisation de toutes les cibles des ODD liées à la santé. La souscription à la stratégie des soins de santé primaires et le renouvellement de l'engagement politique en faveur des SSP à travers la déclaration d'Astana en 2018⁶, constituent des signaux forts d'espoirs et de volonté politique du pays à pouvoir améliorer l'état de santé de la population.

Afin de guider le processus de sortie de crise, le Gouvernement met en œuvre le plan de Relèvement et la Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) qui s'articule autour de trois piliers prioritaires incluant la Santé, érigée en priorité de développement⁷; étant donné l'ampleur des défis résultant de plusieurs décennies de crises politiques et sécuritaires cycliques ayant entre autres comme conséquences l'effondrement du système de santé. Pour cela, le **Professeur Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat de la RCA a fait de la Santé son cheval de bataille en édictant les « Dix domaines d'impulsions Présidentielles pour l'accélération vers la CSU et la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile »⁸. Les Dix domaines constituent la trame du plan national de développement sanitaire III (PNDS III 2022-2026) dont le premier domaine d'impulsion Présidentielle porte sur le rapprochement des services de santé à la population.

Dans ce contexte, le renforcement du système de santé communautaire à travers un engagement communautaire fort est un impératif pour combler les écarts dans l'accès aux services de soins de santé primaires et accélérer l'amélioration de la santé et le bien-être de la population⁹. En témoignent les récentes expériences de la lutte contre la pandémie de COVID-19 basées sur la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire multisectorielle et l'implication des autorités politico administratives. Celles-ci ont démontré la nécessité d'intégrer les communautés dans la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé^{10,11}.

La politique nationale d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être est donc un outil crucial au succès du PNDS III. Produit d'un processus participatif et inclusif impliquant les acteurs clés; élaboré pour servir de cadre de référence de la mise en œuvre des approches communautaires en faveur de la santé et du bien-être de la population.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Grâce à un leadership politique sans précédent en faveur de la santé et le bien-être de sa population, la RCA est déterminée à surmonter les défis liés à plusieurs décennies des crises politico-militaires en vue d'atteindre les ODD de façon générale et l'ODD 3 qui vise à « assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge à l'horizon 2030 »¹². Ces défis ont entraîné un accès très limité aux services essentiels au niveau communautaire.

Le pays présente un taux élevé de mortalité maternelle avec un indice de fragilité des Etats le classant parmi les 15 pays du monde en état « d'alerte très élevé » ou « alerte élevée » avec 829 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2018^{13,14}. De nos jours, 1 enfant sur 10 n'atteint pas son cinquième anniversaire, soit 99 décès pour 1000 naissances¹⁵. Les maladies infectieuses demeurent les premières causes de décès et d'invalidité (AVCI) combinés (paludisme, maladies diarrhéiques, infections néo natales, TB, pneumonie, VIH sur un fond de malnutrition carencielle), suivi des accidents de la voie routière (de circulation) et les maladies non transmissibles¹⁶.

Cette situation s'explique par la faible disponibilité des services de santé formels et la faible couverture des interventions à haut impact sur la santé. Il en résulte donc un faible accès aux services essentiels de santé et de nutrition qu'ils soient de promotion, de prévention ou de prise en charge adéquate. Des structures de dialogue de Soins de Santé Primaires et d'autres plateformes comprenant différents secteurs avec une variété d'expérience en développement communautaire, ont été mises en place depuis le niveau central jusqu'au niveau village. Les populations les plus vulnérables sont ciblées au niveau communautaire à travers différentes approches souvent moins coordonnées. Des programmes prioritaires de santé et des actions humanitaires sont mise en œuvre sur terrain de façon dispersée et verticale à cause du manque des orientations politiques claires et des directives pour guider le déclenchement et la mise en œuvre des approches à base communautaire. Une diversité d'acteurs communautaires est rencontrée sur terrain, qu'il s'agisse des relais communautaires, des agents de santé communautaire, des mobilisateurs, bénéficiant différentes formes des motivations non standardisées, des systèmes de suivi communautaire très variés et parfois sans lien avec la formation sanitaire (FOSA) de l'aire de santé et directement dirigé par les organisations non gouvernementales (ONGs) de mise en œuvre.

Cette politique, la première du genre, couvre la période 2023-2030. Elle est fondée sur un concept de la santé communautaire qui met l'emphase sur le rôle des acteurs communautaires clés (population, influenceurs ou décideurs et prestataires) ainsi que leurs effets synergiques.

III. ANALYSE DE LA SITUATION

3.1. Etat de santé de la population

La population Centrafricaine est estimée à 6 100 000 mille d'habitants¹⁷ sur base du taux d'accroissement de 2,5%. Le taux de fécondité est de 6,4 enfants par femme, plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (7,3 contre 4,9)¹⁸. Depuis près de deux décennies, des troubles militaro-politiques récurrentes ont plongé le pays dans une crise humanitaire chronique et ont fragilisé la cohésion sociale en mettant à rude épreuve la solidarité nationale. Ces troubles ont également entraîné un effondrement du système de santé dans sa globalité.

Le taux brut de mortalité est parmi le plus élevé d'Afrique, estimé à 16,8 pour 1000 en 2021 et une espérance de vie moyenne de 53 ans¹⁸. La mortalité maternelle est l'une des plus élevées au monde à 829 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2018, soit six décès maternels par jour¹⁷, tandis que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est 99 pour 1000 naissances¹⁸ faisant de la RCA le cinquième pays au monde ayant enregistré le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2019 après la Somalie, le Nigéria, le Tchad et la Sierra Leone¹⁹. La malnutrition chronique est présente chez 40 % d'enfants de moins de 5 ans¹⁵.

Le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables. Premier motif de consultation et d'hospitalisation, le paludisme touche surtout les enfants de moins de 5 ans. La tuberculose constitue un défi majeur faisant de la Centrafrique l'un des 30 pays à forte charge de la tuberculose (TB) dans le monde à cause de l'incidence (540 pour 100000 habitants) et de la mortalité très élevée de la maladie²⁰. La prévalence du VIH est estimée à 3,6% chez les 15-49 ans avec une prédominance féminine²¹. La prévalence du VIH est particulièrement élevée parmi les populations clés, 15% parmi les professionnelles de sexe, 6,4% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Elle est également élevée parmi les populations dites passerelles (hommes en uniformes, les adolescents et jeunes, ...)²².

A ces principales causes de morbidité et de mortalité, s'ajoutent, les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires basses, les accidents routiers, les maladies non transmissibles et celles dites tropicales négligées. L'émergence et la réémergence de certaines maladies infectieuses sous forme d'épidémies, le Monkey pox présent sous forme épidémo-endémique, y compris la pandémie de COVID-19 présente depuis 2020, affectent la population Centrafricaine avec toutes leurs conséquences socio-économiques et son impact sur le capital humain.

Parmi les facteurs de risque qui sont à l'origine de décès et d'invalidité, on retrouve des facteurs des risques comportementaux dont la malnutrition carencielle, le rapport sexuel non protégé, la consommation d'alcool et du tabac, la faible pratique de lavage correct des mains et les violences entre partenaires intimes ; des facteurs des risques environnementaux dont la pollution atmosphérique, l'hygiène et l'assainissement défectueux, les risques professionnels ; des facteurs métaboliques dont l'hypertension artérielle et l'hyperglycémie¹⁹ sont en augmentation et les maladies cancéreuses gynécologiques en particulier.

3.2. Analyse des déterminants de la santé

Les déterminants de la santé constituent des facteurs qui influencent la santé d'un individu ou d'une communauté. Il s'agit donc d'une gamme des conditions sociales et économiques, des facteurs comportementaux, des facteurs environnementaux, y compris l'organisation même du système de santé qui influent sur la santé et le bien-être des individus²³. De façon générale, la contribution des déterminants sociaux à la santé des individus est répartie comme suit²⁴ :

- Les facteurs comportementaux représentant 40% ;
- Les facteurs socio-économiques avec 40% ;
- Les facteurs physiques et environnementaux avec 10% ;
- Le système de santé représentant 10%.

Il en ressort donc que la santé ne devrait pas être vue uniquement comme un produit du système de santé mais plutôt une **résultante de la conjonction d'actions multisectorielles**.

3.2.1. Situation économique et sociale

La précarité socio-économique, résultat de plusieurs décennies des crises d'instabilité socio-politique et sécuritaire sont autant des facteurs majeurs du mauvais état de santé de la population Centrafricaine. Avec 71% de la population qui vivait en dessous du seuil (<1,90\$) de pauvreté¹⁸, la République Centrafricaine occupe la 188^{ème} place sur 189 du classement de l'Indice de développement humain (IDH : 0,232-PNUD 2020). Le chômage avoisine 34,5 % à 36 % en milieu urbain et 30 % en milieu rural, et 42,5 % chez les femmes et 28,5 % chez les hommes (BAD, 2022). Malgré le contexte d'extrême pauvreté, 51% de dépenses totales de santé sont supportées par les ménages. Dans ce contexte, la santé est devenue à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté.

La situation est aggravée par le ralentissement de la croissance économique (PIB de 0,9% en 2020 et 2021) consécutif à l'effet combiné de la pandémie de COVID-19 et de la crise sécuritaire survenue pendant les élections de 2020. La capacité du Gouvernement et celle des ménages à investir dans le secteur de la santé se trouvent réduites. Cette difficulté économique se manifeste par le faible accès aux services et une faible utilisation des services et soins de santé dont les conséquences sont l'augmentation de taux de morbidité et de mortalité dans la population.

3.2.2. Education

Selon les résultats de l'enquête MICS 2018-2019, le secteur de l'éducation en RCA est caractérisé par un faible accès avec un taux net de fréquentation de 72,8% au fondamental 1, 13,3% au fondamental 2 ou plus haut et 5,4% au secondaire ou supérieur. Cependant le taux d'achèvement est de 26,8% au fondamentale 1 ; 12,3% au fondamental 2 et 6,2% au secondaire. Une disparité dans l'accès à l'éducation entre les filles et les garçons avec 8 filles inscrites au primaire contre 10 garçons et 6 filles inscrites au secondaire pour 10 garçons. Le taux d'alphabétisation des jeunes (femmes ou hommes âgés de 15-24 ans capables de lire une phrase courte et simple sur la vie quotidienne ou qui sont allées à l'école secondaire ou plus) est de 30% pour les femmes contre 49% pour les hommes. Le taux d'alphabétisation des adultes était estimé à 58,9% entre 2016-2018 avec seulement 24,9% chez les femmes contre 47,4% chez les hommes. Dans la population générale, 35,6% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction ou sont de niveau préscolaire contre 12% des hommes, environ 40% d'hommes et femmes sont du niveau fondamental 1, seulement 16% des femmes sont du niveau fondamental 2 contre 28% pour les hommes et 7,3% des femmes sont du niveau secondaire et plus contre 14,9% pour les hommes.

Une des raisons de la faible scolarisation des filles est l'absence d'un espace communautaire d'éveil permettant aux mamans d'y laisser les enfants âgés de 2 à 3 ans pour aller aux champs. Du coup les filles en âge d'aller à l'école sont retenues par leurs mères pour aller garder les petits enfants aux champs (Enquête CAP DIJE, 2006).

Ce faible niveau d'éducation et d'alphabétisation en général et de la femme en particulier est un déterminant majeur de mauvaise santé en République Centrafricaine. La perception des risques

sanitaires des individus et des communautés et leur responsabilisation vis-à-vis de leur santé s'en trouvent limitées. Ainsi le faible niveau d'instruction des filles est l'un des principaux facteurs de la mortalité maternelle et infanto juvénile élevée.

3.2.3. Facteurs environnementaux

L'environnement dans lequel naissent, grandissent et vieillissent les individus détermine fortement leur état de santé et leur bien-être. Les facteurs dégradants/détériorant de l'environnement ont une contribution substantielle dans le mauvais état de santé de la population. Il s'agit notamment de la déforestation, la dégradation des sols, la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau par des chantiers miniers, la répartition inégale de l'eau, etc.

L'accès à l'eau potable reste faible dans la population générale avec une disparité au profit du milieu urbain par rapport au milieu rural. L'utilisation de sources d'eau de boisson améliorées par les membres des ménages était estimée à 58,7% avec 83,2% en milieu urbain contre 45,2% en milieu rural. La majorité de la population s'approvisionne à partir des eaux de la nappe phréatique pompée et traitée grâce aux appareils électromécaniques installés. Environ 60% des ménages s'approvisionnent à partir des forages équipés de pompe à motricité humaine, des puits traditionnels, des eaux de surfaces et les sources non aménagées. Cependant la qualité de l'eau de boisson demeure très préoccupante à la suite d'une contamination fécale de l'eau de boisson à l'*Escherichia coli* dans 88,9% des ménages. La situation de l'assainissement est également très préoccupante, dans le sens où seulement 21,8% de membres des ménages utilisaient des toilettes améliorées. Les latrines à trou sans dalle sont les plus fréquemment utilisées par la population (46,7%). La gestion des déchets des ménages n'est pas organisée, étant caractérisée par des décharges à l'aire libre ou dans les canaux d'évacuation d'eau ; source de prolifération des germes pathogènes responsables des maladies hydriques.

3.2.4. Facteurs comportementaux

Le mode de vie, les habitudes de vie et alimentaires influencent de façon significative la santé et le bien-être des individus. Des facteurs de risque liés aux comportements des Centrafricains sont à la base des maladies. Ces facteurs comportementaux sont la malnutrition carencielle (40% des enfants de moins de 5 ans), le rapport sexuel non protégé (70%), la consommation d'alcool (25% chez la femme contre 40% chez l'homme) et du tabac (6% chez la femme contre 28% chez l'homme), les mauvaises habitudes alimentaires et les violences entre partenaires intimes. A cela s'ajoute des facteurs métaboliques dont l'hyperglycémie, le surpoids ou l'obésité ; les maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle liée à une alimentation déséquilibrée (consommation excessive de sel ou de graisses saturées, consommation insuffisante de fruits et de légumes), la sédentarité, la consommation de tabac et d'alcool). Le lavage correct des mains est appliqué seulement par 20% des membres des ménages. Par ailleurs, il n'existe de dispositifs de lave-mains au niveau des écoles permettant aux élèves de se laver les mains après avoir été à la toilette. En outre la pratique de la défécation à l'air libre est répandue, surtout en milieu rural avec plus d'un quart de la population, soit 27,3% qui n'utilisent pas de toilette. Des efforts sont réalisés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires de développement afin d'augmenter le taux d'utilisation des latrines à travers le programme d'assainissement total piloté par la communauté.

3.3. Genre et violences basées sur le genre

Les rôles sociaux et les rapports de genre au sein de la société Centrafricaine sont caractérisés fortement par des inégalités au détriment des femmes. Ces inégalités se sont accentuées

pendant les cycles d'insécurité traversés par le pays. Le chef de la famille est le rôle dévolu aux hommes, il exerce l'autorité parentale, et pourvoit aux besoins matériels de sa famille. La société attribue le rôle d'épouse et de mère au foyer à la femme ; ce rôle est transmis aux filles par leurs mères, leurs communautés et la société centrafricaine y compris via des pratiques traditionnelles dont certaines sont néfastes. Certaines croyances et normes sociales telles que les lois morales, les interdits alimentaires, le patriarcat sont encore prépondérants et empêchent la femme de jouir pleinement de ses droits particulièrement les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

Selon les statistiques du système de gestion de l'information sur les violences basées sur le genre (GBVIMS) collectées au niveau des services dédiés couvrant seulement 52% de l'ensemble des sous-préfectures du pays, 11 592 cas de VBG ont été enregistrés en 2021, soit une augmentation de 26% par rapport à 2020. Un quart des VBG enregistré était des violences sexuelles. Et la tendance demeure inquiétante pour ce type de VBG avec des victimes de plus en plus jeunes.

Les résultats de l'enquête MICS 2018-2019, ont révélé que les femmes sont souvent les principales victimes de toutes formes de violences et des pratiques traditionnelles souvent néfastes telles : le mariage précoce (23,6%), les grossesses précoces, les mutilations génitales féminines (21,6%), le lévirat, le sororat et les rites de veuvages, etc.

3.4. Approches de santé communautaire

3.4.1. Expériences de santé communautaire dans le monde

La RCA s'inspire des expériences des approches communautaires au niveau national et international pour concevoir son programme de santé communautaire réactif, résilient et basé sur des stratégies probantes ayant un bon rapport coût-efficacité dans l'amélioration des résultats en matière de santé. Les meilleures pratiques ci-après ont particulièrement guidé la RCA :

La République Démocratique du Congo, met en œuvre sa stratégie nationale de développement de la participation communautaire²⁵ fondée sur la cellule d'animation communautaire (CAC) comme une structure multisectorielle de participation communautaire, placée sous le leadership de l'autorité politico administrative du village/rue de ville. La CAC mise en place dans chaque village/rue de ville, constitue la structure de coordination de toutes les initiatives communautaires. Cette CAC comprend toutes les forces vives du village/rue de ville, les délégués des associations locales et les relais communautaires considérés comme cheville ouvrière de la cellule. Chaque relais communautaire est responsable du suivi de tout au plus 50 ménages de son village/rue de ville²⁶. A travers cette approche et tant d'autres, la RDC est parvenue à mettre fin à la grande épidémie de 2018, la plus longue et meurtrière de la maladie à virus Ebola (MVE) en sa partie Nord-Est. Dès lors, des épidémies de MVE sont maîtrisées grâce à l'engagement de la communauté autour de ces leaders, créant ainsi une forte capacité de résilience au choc à venir^{27,28,29}.

Au Libéria, des agents de santé communautaires ont fourni des soins essentiels dans les communautés rurales et isolées et ont réussi à maintenir ces soins pendant l'épidémie d'Ebola³⁰ et la pandémie de COVID-19. Les ASC ont considérablement amélioré l'accès aux soins pour les enfants atteints de paludisme, de diarrhée et d'infections respiratoires et ont contribué à augmenter de plus de 28 % l'accouchement dans les établissements des soins³¹. Ils traitent environ la moitié des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

Le Bénin a adopté en 2013 une politique nationale de la santé communautaire axée sur l'instauration d'une Composante Locale du Système de Santé (CoLoSS) dans chaque village/quartier de ville. La mise en place de cette CoLoSS permet de renforcer le pouvoir de la communauté sur la gestion de leur santé à travers le renforcement de la demande, le recrutement et le positionnement d'un ASC qualifié dans chaque village et quartier de ville. L'ASC fournit des services de santé à base communautaire en collaboration avec les relais communautaires sous la tutelle du Chef d'arrondissement et du Maire. Ainsi le Chef du centre de santé assure la supervision technique des ASC et relais communautaire de son aire de santé³².

Le Rwanda : la politique nationale de santé communautaire considère la communauté comme une composante indispensable pour la mise en œuvre efficace de la santé publique. Le texte d'orientation repose sur les structures de développement communautaire qui sont représentées par un comité de santé des formations sanitaires (FOSA). Les composantes prioritaires se rapportent à la santé de la reproduction et la santé des femmes, les changements sociaux pour accroître la protection de l'enfant, le VIH/Sida et la tuberculose, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la distribution de vitamine A et autres produits de santé, la référence des patients et la prévention de la malnutrition au niveau communautaire. L'ASC devrait avoir un âge compris entre 20 et 50 ans, responsable de 25 à 50 ménages et travaille en binôme, dans une case de santé. Dans l'Aire de Santé de Chaque CS, les ASC forment un groupement des ASC appelé « Coopérative de Santé ». Dans le cadre du FBP-Communautaire, la Coopérative de Santé fait l'objet d'évaluation quantitative (mensuelle par le CS) et qualitative (trimestrielle par l'ECD). Une grande partie des subsides reçus sert à financer les activités génératrices de revenus de la coopérative (l'élevage de chèvres, la culture de légumes et de fruits). Des comités de représentants communautaires sont très impliqués dans la supervision des services à base communautaire, aux côtés du personnel de santé.

3.4.2. Expériences de santé communautaire en République Centrafricaine

La santé communautaire en RCA n'est pas un concept nouveau car de nombreux programmes de santé communautaire existent depuis des décennies ; bien que son développement a souffert de l'absence d'une organisation formelle par manque d'une politique nationale. Des expériences en santé communautaire ont été développées par de nombreux intervenants à travers des approches communautaires en réponse à la crise socio-humanitaire que le pays a connue.

Le développement de la santé communautaire en République Centrafricaine peut être décrit en quatre étapes chronologiques :

- **La période avant l'introduction des SSP** : au cours de laquelle l'institut de développement communautaire de la RCA formait des agents de développement communautaire qui travaillaient avec les communautés dans la construction des postes de santé. Ces agents de développement ont formé les matrones accoucheuses, les infirmiers au niveau des centres de santé et qui travaillaient en groupement d'intérêt rural. Au même moment, la croix rouge Centrafricaine formait les volontaires au secourisme et les confessions religieuses à travers l'animation rurale sur les questions de santé et des équipes mobiles séjournèrent dans les villages pour les dépistages des maladies endémiques.
- **De 1987 à 2006** : naissait le mouvement de SSP avec la formation des agents de santé communautaire de niveau A (matrone accoucheuse, infirmier secouriste) et de niveau B (matrone traditionnelle) avec l'appui des partenaires techniques et financiers dont l'UNICEF. De 1999 à 2006, des organes de dialogue qui sont les Comités de Soins de Santé Primaires à tous les niveaux de la gouvernance administrative du pays et les organes de gestion,

notamment le conseil et comité de Gestion (CONGES/COGES) des formations sanitaires (FOSA) ont été mis en place dans tout le pays sur base du document élaboré par la direction de la santé communautaire actuellement direction des soins de santé primaires qui mettait l'accent sur l'intégration de la santé avec les 8 composantes de l'initiative de Bamako (1987). L'évaluation réalisée en 2002 avait montré un enthousiasme pour la participation actives des représentants des différentes couches sociales et celles des leaders administratifs au niveau décentralisé.

- **De 2007 à 2012** : caractérisée par un recul des organes de dialogue des SSP par suite de l'insuffisance d'appui financier et technique. Les comités de gestion des FOSA ont continué à fonctionner malgré leurs insuffisances en matière de gestion. En outre, les agents de santé communautaire (ASC), une appellation attribuée aux infirmiers secouristes et matrones accoucheuses sélectionnés par leurs communautés continuaient à bénéficier de formations pour exercer dans les FOSA par insuffisance de personnel qualifié. Ces agents de santé communautaire étaient soutenus et pris en charge par les municipalités ainsi que les comités de gestion des formations sanitaires sur les frais de recouvrement des coûts de santé, institué par le Gouvernement Centrafricain en 1994.

Était considéré comme ASC en RCA, tout personnel de Santé qui n'est pas formé dans une école professionnelle de santé reconnue par l'Etat Centrafricain et qui assure des prestations curatives, préventives et proportionnelles dans les FOSA. Parmi eux, on retrouvait des relais communautaires recrutés par les FOSA pour travailler dans la communauté avec un paquet d'activités préventives et curatives mineures. Ils bénéficiaient d'une formation initiale en moyenne de 3 à 5 jours afin d'assurer la promotion de la santé au niveau communautaire, la distribution de l'ivermectine, le dépistage nutritionnel, la recherche des abandons de la vaccination, la recherche des perdus de vue de la tuberculose et la surveillance des maladies à potentiel épidémique.

- **Depuis 2014**, on assiste à une relance du système de santé formel après la crise socio-politique qui a secoué le pays en 2013. Des ONG humanitaires internationales œuvrent au niveau communautaire dans plusieurs Districts Sanitaires avec des interventions communautaires structurées axées vers les groupes les plus vulnérables. Ces interventions sont réalisées de façon verticale par un type diversifié d'acteurs communautaires : ASC, Relais Communautaires, Bénévoles, Volontaires de la Croix Rouges Centrafricaine, etc.

Dès lors, le pays compte plusieurs approches communautaires qui ont fait preuve d'efficacité dans l'amélioration des résultats en matière de santé avec des périodes de relâchement pour des raisons souvent de manque de financement, manque de suivi et d'accompagnement technique, manque de motivation dans un contexte fragile lié aux conflits armés et à l'insécurité. Ces approches communautaires mises en œuvre peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

- 1) **L'approche du développement intégral du jeune enfant (DIJE)**, mise en œuvre en 2006 dans la sous-préfecture de Boda sur financement de l'Unicef, était une réussite. La méthodologie de mise en œuvre consistait à organiser un dialogue communautaire au niveau des villages, assorti d'un plan villageois de développement. Les grands axes de ce plan s'articulaient autour de l'éducation (mise en place des espaces communautaires d'éveil) ; la Santé, la Protection, le WASH, l'autonomisation des femmes et la nutrition à travers une éducation nutritionnelle des mères.
- 2) **La distribution de l'ivermectine sous directive communautaire pour la lutte contre l'onchocercose (TIDC)** : mise en œuvre depuis 1993 et utilisant les distributeurs communautaires choisis et motivés en nature par sa communauté. Les couvertures

géographiques et thérapeutiques sont maximales selon les résultats de la dernière campagne de traitement.

- 3) **La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance au niveau communautaire (PCIME-c)** ciblant les maladies tueuses non compliquées de l'enfant dont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës (IRA), le dépistage de la malnutrition aiguë, avec référencement des cas de gravité vers les FOSA. Ces activités sont réalisées par un ASC au niveau du site de soins communautaire, appuyé par un groupement associatif des femmes.
- 4) **Les relais communautaires et les groupements associatifs des femmes** bénéficiant de l'encadrement technique des FOSA et du soutien de l'UNICEF et des ONG internationales de santé (ALIMA, MSF, ACF, CROIX ROUGE MENTOR) mènent des activités de promotion et de sensibilisation pour soutenir la lutte contre la malnutrition chez les enfants et la résolution des autres problèmes locaux de santé.
- 5) **L'implication des acteurs communautaires dans les enquêtes de satisfaction** au niveau communautaire dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats/Performance (FBR/FBP). Des relais communautaires des Associations à Assise communautaire ont été recrutés pour travailler dans leurs aires de Santé avec le soutien des projets du Ministère de la Santé et de la Population financés par la BM et le Fonds Bêkou de l'Union Européenne.
- 6) **Le dépistage démedicalisé du VIH** en stratégie avancée, réalisé par des ONG locales (CISJEU et ANJFAS). Des campagnes de dépistage familial ont été réalisées dans les Régions Sanitaires N°1, 2, 3, 4 et 7 en 2017 et 2018 par le Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le VIH (RECAPEV) et le Réseau des Groupes de Soutien (RGS) avec l'appui de l'UNICEF. Deux stratégies ont été utilisées parmi lesquelles, le dépistage des enfants des cas index dans la communauté par les relais communautaires. Les résultats avaient révélé que 13 964 familles ont été touchées, parmi lesquelles 12 955 enfants ont été testés au VIH dont 219 étaient positifs, soit 1,7%.
- 7) L'initiative d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (**KWA TI KODRO**), lancée le 10 septembre 2022 par le **Professeur Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat de la RCA, est indispensable dans le cadre de la gestion de l'environnement et la lutte contre les maladies par la promotion de l'assainissement de base et de la salubrité de l'environnement. Cette initiative repose sur l'organisation hebdomadaire (chaque samedi) des actions d'assainissement du milieu (désherbage, débouchage des caniveaux, gestion des déchets). Chaque ménage, magasin, institution est appelé à assainir correctement son environnement de façon régulière sur toute l'étendue du territoire (188 communes et 9500 villages/quartiers). Le plan d'action 2023-2025 de l'opération KWA TI KODRO prévoit le renforcement des capacités des communautés à travers des formations et des dotations en petits outillages et matériels d'assainissement.
- 8) La plus récente des innovations est celle de la **Surveillance à Base Communautaire (SBC)**, qui a montré ses preuves dans la lutte contre la COVID-19. Un modèle nouveau de coordination multisectorielle et multidisciplinaire des activités communautaires a été développé. Ce modèle est basé sur la responsabilisation des autorités politico-administratives, en tant que détenteur de pouvoir de changement de comportement de la population favorable à la santé pour jouer le rôle de superviseur de proximité et d'axe des ASC avec l'appui des personnels de santé. Les ASC assurent la recherche active des cas suspects de COVID-19 sur base de la définition communautaire, le dépistage, le référencement des cas et le suivi des patients à domicile. Les leaders communautaires et religieux sont activement impliqués dans le suivi et la mobilisation de la communauté en vue

de susciter un engagement fort de la communauté dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. Cette approche a donc permis au pays de réduire l'incidence, de contrôler la maladie et d'augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19. Les résultats constatés à travers cette approche ont incité les parties prenantes à changer le paradigme dans la mise en œuvre des interventions à base communautaire. Ce changement vise la participation et l'engagement de la communauté pour que celle-ci soit au centre des efforts de développement sous le leadership de l'autorité politico administrative.

3.5. Processus d'élaboration de la politique nationale d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être

L'élaboration de la politique d'engagement communautaire en RCA a été sous la coordination du Ministre chargé de la Santé et de la Population en collaboration étroite avec toutes les parties prenantes. Le processus a été inclusif et participatif avec recherche systématique du consensus sur la base des données probantes, des expériences de la mise en œuvre des approches communautaires par différents acteurs et des directives internationales pour l'optimisation des programmes de santé communautaire. Les étapes de ce processus comprennent :

1^{ère} Etape : recrutement d'un consultant international avec l'appui de l'UNICEF qui avait conduit le processus jusqu'à la production de la première version de la politique de santé communautaire en décembre 2019. Cependant, ce document avait certaines lacunes dans la conception et la prise en compte du caractère multisectoriel ainsi que du rôle fondamental des autorités politico-administratives à tous les niveaux. Ceci découle de leçons tirées de l'expérience prometteuse de la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire de la COVID-19 à travers le renforcement des capacités des autorités locales (Préfets, Sous-Préfets, Maires, Chefs de quartiers et des villages, les leaders communautaires et religieux). Il était donc nécessaire de redéfinir la politique de santé communautaire suivant les orientations du conseil.

2^{ème} Etape : création du comité technique multidisciplinaire de révision de la politique et d'élaboration de la stratégie nationale de la santé communautaire à travers la note de service N°169 du 09 décembre 2021 du ministre chargé de la Santé et de la Population. Ce comité est placé sous le leadership du ministre chargé de la Santé et de la Population et comprend les Directeurs centraux et des Régions Sanitaires, les représentants des partenaires techniques et financiers qui appuient la santé communautaire, les délégués des autres Ministères, les Chefs des Groupements, les représentants des ONG et OSC, les leaders religieux et autres influenceurs communautaires.

3^{ème} Etape : démarrage en juillet 2022 du projet d'assistance technique d'ICHESS dans le cadre de l'initiative catalytique du Fonds Mondial d'appui à la santé communautaire en RCA. A travers ce projet, la RCA a bénéficié de l'appui des consultants pour renforcer la santé communautaire sur base des priorités définies par le pays. Pendant cette période **la feuille de route pour le renforcement de la santé communautaire** a été élaborée, en collaboration avec les acteurs clés et comprenant des actions prioritaires à réaliser à court terme afin de mettre les bases d'un programme de santé communautaire. L'une des priorités était la relecture et la finalisation du document de Politique nationale de la santé communautaire.

4^{ème} Etape : analyse de la situation du système de santé communautaire : une analyse de la situation a été réalisée, impliquant les personnes clés responsables de la mise en œuvre des approches communautaires dans le département du Ministère de la santé et de la Population ainsi que les institutions non gouvernementales et les OSC. L'approche systémique mixte a été utilisée pour évaluer le système de santé communautaire à travers ses 8 domaines et

composantes de la matrice d'évaluation et amélioration du programme d'ASC (MEAP ASC) enrichie par ICHESS. Les domaines comprennent la gouvernance et le leadership, les ressources humaines (RH) en santé communautaire, les prestations des services à base communautaire, la gestion d'approvisionnement en médicaments, fournitures et autres intrants communautaires, le système d'information de santé communautaire (SISC), le financement de la santé communautaire, la mobilisation et l'engagement communautaire et la communication sur les risques. L'analyse s'est déroulée en cinq étapes, notamment la revue documentaire fouillée des instruments dans chacun des domaines du système, l'évaluation du niveau de performances des interventions à haut impact au niveau communautaire à partir des données du système d'information de routine et d'enquête, l'évaluation du niveau de fonctionnalité de huit domaines du système de santé communautaire par les équipes cadres des districts et régions sanitaires ainsi que les acteurs au niveau central dans un atelier résidentiel à Boali du 02 au 04 novembre 2022. L'évaluation de la fonctionnalité des domaines a été complétée par l'analyse des goulots d'étranglement à la recherche des causes profondes et la détermination des actions correctrices selon les perspectives des experts locaux.

6^{ème} Etape : tenue du forum national de consultation sur la santé communautaire, organisé à Bangui du 01 au 03 mars 2023 et réunissant les forces vives du pays, les autorités politico administratives des arrondissements de Bangui et des préfectures de l'arrière-pays, les acteurs communautaires, les leaders religieux, les cadres des ministères connexes, les partenaires techniques et financiers, ainsi que les représentants des OSC. Ce forum, tenu sous l'impulsion du Ministre en charge de la Santé et de la Population a servi de cadre idéal pour obtenir le consensus autour de la formulation de la politique, de la vision et de grands principes devant guider la mise en œuvre. Il convient de noter que le forum de consultation nationale sur la santé communautaire a été un moment très déclencheur du changement de paradigme dans la manière de percevoir et de concevoir la santé communautaire, qui s'est traduite par la reformulation du titre du document de politique nationale pour la santé communautaire en « **politique d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être** ». En plus d'être un moment de partage d'information sur les fondamentaux sur la santé et ses déterminants, aussi d'harmonisation de vue, ce premier forum de consultation nationale sur la santé communautaire a été un lieu de transformation ou de changement du modèle actuel de santé communautaire basé essentiellement sur les ASC vers un modèle d'engagement communautaire axé sur un large éventail d'acteurs communautaires dont l'ASC, les chefs traditionnels, les leaders communautaires, les OSC et leaders d'opinions ; au sein des structures communautaires multisectorielles à différents niveaux.

7^{ème} Etape : finalisation du document de politique d'engagement communautaire. Le document a été finalisé suivant les orientations issues du forum de consultation nationale. Après cette étape, le document a été soumis à un groupe des lecteurs qui ont de l'expertise dans le développement des politiques en santé pour recueillir leurs avis et commentaires.

8^{ème} Etape : adoption du document de politique d'engagement communautaire par la réunion du cabinet du ministre chargé de la santé et de la population. Le projet de politique a été présenté au Conseil afin de recueillir leurs commentaires et d'en discuter avec les membres du Cabinet du ministre sur les prochaines étapes.

9^{ème} Etape : examen et adoption du document de politique nationale d'engagement communautaire pour la période de 2023-2030 par le Gouvernement. Cette étape a ainsi sanctionné le processus d'élaboration de cet instrument de gouvernance en matière de santé communautaire en RCA.

3.6. Problèmes prioritaires du système de santé communautaire

L'analyse de la situation du système de santé communautaire a permis d'identifier un éventail des problèmes systémiques et communautaires qui entravent la mise en œuvre efficace des programmes d'engagement communautaire du pays. L'analyse approfondie a conduit à retenir les problèmes prioritaires suivants présentés par domaine du système de santé communautaire :

Par rapport à la gouvernance

- Manque d'un plan stratégique d'engagement communautaire comme cadre unique des investissements et de mutualisation des efforts ;
- Manque des mécanismes clairs de coordination de l'engagement communautaire et d'un leadership clair pour la coordination des organes de dialogue communautaire au niveau décentralisé et local ;
- Insuffisance de la prise en compte systématique de la multisectorialité dans les initiatives communautaires impliquant l'engagement des communautés.

Par rapport aux ressources humaines en engagement communautaire

- Le profil des acteurs communautaires non clairement défini : ASC, relais communautaire, mobilisateur, médiateur communautaire, leaders communautaires, traditionnels et religieux, autorités politico administratives, OSC, OAC, etc.
- Manque d'un plan de formation intégré et des mécanismes de supervision des acteurs communautaires ;
- Non prise en compte des autorités politico administratives dans les mécanismes de motivation des acteurs communautaires pour les tâches conférées en rapport avec la coordination, la supervision, le suivi des initiatives communautaires ;
- Non standardisation des mécanismes de motivation des acteurs communautaires à travers des incitations financières et non monétaires.
- Faible implication des autorités locales et autres leaders dans la mise en œuvre des initiatives d'engagement communautaire à différents niveaux.

Par rapport aux prestations de services à base communautaire

- Manque d'un paquet intégré d'activités à base communautaire clairement défini et dédié aux acteurs communautaires ;
- Système d'aiguillage et contre aiguillage entre les acteurs communautaires et les formations sanitaires peu fonctionnelles par manque d'outils et des directives ;
- Faible intégration de la surveillance à base communautaire dans les activités des acteurs communautaires dans le cadre de l'approche « Une Santé » (One Health).

Par rapport à la synergie entre la population, le prestataire et l'influenceur

- La non-fonctionnalité des organes de dialogue communautaire comme plateforme de coordination à différents niveaux pouvant faciliter l'interaction entre les 3 leviers dont l'Individu/population, les prestataires et les influenceurs à travers les réunions régulières ;
- Le manque de l'inclusion de toutes les couches sociales, y compris les groupes des minorités et vulnérables dans les organes de dialogues à différents niveaux ;
- Faible participation des membres de la communauté du village/quartier dans le processus d'identification et de choix des agents de santé communautaire dans un processus transparent et inclusif ;

- Manque de la culture de rendre compte à la communauté des activités communautaires qui se réalisent en sa faveur.
- Manque de stratégie de redevabilité mutuelle et réciproque dans la mise en œuvre des activités communautaires.

Par rapport au financement

- Manque d'un plan pluriannuel de mobilisation de fonds et mutualisation des ressources y compris les efforts d'amélioration ;
- Manque de plan de développement local comme outil de planification pour juguler toutes les opportunités de financement à différents niveaux ;
- Manque d'une ligne budgétaire au niveau national et décentralisé dédiée au soutien durable et aux investissements en engagement communautaire ;
- Insuffisance du financement alloué à l'engagement communautaire par les donateurs externes.

Par rapport au suivi et évaluation de l'engagement communautaire

- Manque d'outils standards de collecte et transmission des données générées par les acteurs communautaires et d'un circuit de donnée clairement défini ;
- Faible disponibilité, accès et utilisation des données générées par les acteurs communautaires pour guider la prise de décision ;
- Non réalisation des audits sociaux et communautaires des problèmes de santé et événements inhabituels de santé publique (ex : décès maternel au niveau communautaire, décès de cause inconnu et en masse, autres événements de santé publique, ...)
- Manque d'un système de monitoring des interventions à base communautaire à différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris dans la communauté ;
- Insuffisance des mécanismes de retour d'information et de collecte des plaintes de la communauté.
- Insuffisance des mécanismes de gestion de l'infodémie au niveau communautaire.

IV. PRINCIPAUX CHANGEMENTS DE LA POLITIQUE : l'approche inclusive

Ce document de politique vient inaugurer une nouvelle conception des initiatives communautaires axée sur un changement de paradigme pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population Centrafricaine. A travers cette politique, le pays voudrait changer la configuration de son système de santé, caractérisé par une approche verticale de haut en bas, axée principalement sur les formations sanitaires et les personnels de santé ; vers un système où la personne est au centre de la dynamique dans laquelle la santé et le bien-être sont gérés avec elle. Cette politique voudrait mettre un accent particulier sur le fait que la santé et le bien-être des communautés ne devraient pas être vus uniquement comme un produit du système de santé, mais plutôt une résultante de la conjonction d'une action multisectorielle ciblant les déterminants de la santé.

La politique voudrait aussi mettre un accent particulier sur le fait que la santé communautaire ne devrait pas être réduite uniquement à la personne d'agent de santé communautaire et ses prestations, mais plutôt être axée sur l'ensemble d'acteurs communautaires qui ont la capacité et la volonté d'influencer positivement la santé et le bien-être des communautés. Pour ce faire, les autorités politico administratives locales devront désormais être considérées comme superviseur de proximité des agents de santé communautaire et des autres acteurs communautaire de leur rayon d'actions avec l'appui technique du personnel de santé et par conséquent bénéficiant de toute forme de motivation liée à leurs prestations.

C'est dans cette perspective, que cette politique est fondée sur l'engagement communautaire comme approche principale pour l'autonomisation et le renforcement des communautés à planifier et agir ensemble sur leurs problèmes. L'engagement communautaire sera utilisé comme un moyen pour améliorer de manière participative les résultats en matière de santé, éducation, environnement, nutrition, protection ou de bien-être ; à travers le renforcement de la **voix de la communauté**, de son **autorité** et sa **participation**.

La politique d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être est ancrée sur la synergie d'actions entre trois leviers du système (Population, Prestataire et Influenceur) et la restructuration des organes de dialogue communautaire (comités de SSP) à différents niveaux pour une bonne coordination.

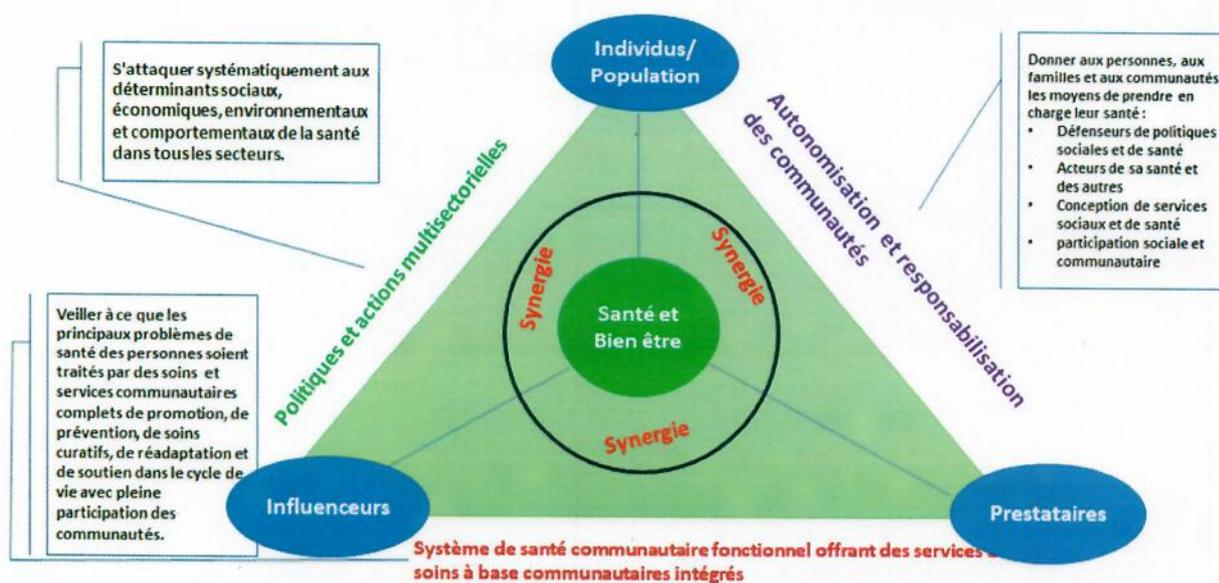


Figure : Conceptualisation du changement par l'engagement communautaire en RCA

V. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

La politique nationale d'engagement communautaire en République Centrafricaine repose sur des instruments et engagements tant internationaux que nationaux :

5.1. Instruments et engagements internationaux

- La Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- La Déclaration d'Alma Ata en 1978 suivi d'initiative de Bamako en 1987 sur les soins de santé primaires ;
- La Déclaration d'Astana en 2018 lors du 40^{ème} anniversaire de la déclaration d'Alma Ata réaffirmant l'importance de la santé communautaire dans la mise en œuvre des SSP, « il s'agit de garder les soins de santé primaires proches des communautés, adaptés aux besoins locaux, offerts par des équipes multidisciplinaires équipées pour gérer la majorité des problèmes de santé sans référence » ;
- Directives de l'OMS de 2018 sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires
- Le Règlement Sanitaire International (RSI 2005) ;
- La feuille de route africaine de 2009 sur la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et en Afrique (CARMMA) à Addis-Abeba ;
- Les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 ;
- La stratégie mondiale pour la santé de la femme, l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 ;
- La déclaration de Mexico sur la couverture santé universelle ;
- La déclaration d'Addis-Abeba des Chefs de l'Etat de l'Union Africaine sur les 2 Millions d'agents de santé communautaire en 2017 ;
- Appel de Johannesburg sur l'institutionnalisation de la santé communautaire en mars 2017, basé sur dix principes clés ;
- La déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : « Santé, base du développement ;
- La déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat ;
- La déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé en Afrique ;
- La déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la région Africaine ;
- La résolution AFR/RC50/R3 sur la médecine traditionnelle et la pharmacopée Africaine ;
- La politique de la « Santé pour Tous » dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle : agenda 2020, AFR/RC50/R8 Rév.1 ;
- L'appel de Nairobi sur la promotion de la santé en 2009.
- La résolution WHA72.3 (2019) de l'assemblée mondiale de la santé concernant la couverture sanitaire universelle, qui (i) reconnaît la contribution des agents de santé communautaires à la réalisation de la CSU, (ii) invite instamment tous les Etats membres « à aligner la conception, la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des programmes de santé communautaires.

5.2. Instruments nationaux

- La constitution de la RCA du 30 mars 2016, qui reconnaît la santé comme un droit fondamental de tout Centrafricain ;
- Le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique 2017-2021 prolongé s'articulant autour de trois piliers prioritaires, dont celui de renouveler le contrat social entre l'Etat et la population ;
- Les dix domaines d'impulsions Présidentielles pour la couverture santé universelle en République centrafricaine adoptés depuis septembre 2019 ;
- La loi N°21-001 du 21 janvier 2021 relative aux circonscriptions administratives ;
- Le décret N° 18-2014 portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population et fixant les attributions du ministre ;
- La politique nationale de santé 2019-2030 à travers son orientation stratégique N°17 axée sur la promotion de la santé communautaire à tous les niveaux en renforçant le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire, les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé et accroître l'accessibilité des services de santé à base communautaire ;
- Le plan national de développement sanitaire troisième version (PNDS III 2022-2026) ;
- Dossier d'investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que pour l'amélioration de la santé des adolescents 2021-2023
- La loi n°22.010 relative à la vaccination humaine en RCA
- Loi N°20.016 du 15 juin 2020 portant code de protection de l'enfant
- Loi N°16.004 du 24 novembre 2016 portant sur la parité homme/femme en RCA.
- La loi N°19.002 du 16 janvier 2019 régissant les ONG en RCA ;
- Le Décret N°19.231 du 10 août 2019 fixant les modalités d'application de la loi N°19.002 du 16 janvier 2019 régissant les ONG en RCA ;
- La loi N° 06.001 du 12 avril 2006, portant code de l'eau en République Centrafricaine ;
- La loi N°0304 du 20 janvier 2003, portant code d'hygiène en République Centrafricaine ;
- La loi N°06.005 du 20 Juin 2006 relative à la santé de reproduction ;
- La loi N°06.032 du 15 décembre 2006 portant protection de la femme contre les violences en République Centrafricaine.

VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La politique nationale d'engagement communautaire s'inscrit dans la vision globale de la politique nationale de santé de la République Centrafricaine et dans les perspectives des ODD à l'horizon 2030.

6.1. Vision

A l'horizon 2030, toutes les communautés Centrafricaines bénéficient d'un accès universel à des services et soins à base communautaire et participent pleinement au développement intégral dans un cadre multisectoriel pour leur santé et bien-être.

6.2. Mission

Repositionner la communauté au centre des initiatives communautaires, de façon à renforcer sa voix, son autorité et sa participation pour qu'elle assure efficacement son rôle non seulement comme bénéficiaire des services mais aussi comme partenaire et actrice de son développement.

6.3. But

Fournir des orientations stratégiques pour bâtir un système d'engagement communautaire pour une santé publique efficace, équitable et résilient en vue de soutenir les efforts du pays vers la couverture santé universelle à l'horizon 2030.

6.4. Objectifs

6.4.1. Objectif général

Contribuer aux efforts du pays dans la réduction de la morbidité, la mortalité et des handicaps, y compris la préparation contre les épidémies futures, à travers le renforcement de l'engagement communautaire à l'horizon 2030.

6.4.2. Objectifs spécifiques

1. Renforcer les capacités institutionnelles et réglementaires de l'engagement communautaire à travers une gouvernance et une coordination efficace à tous les niveaux ;
2. Renforcer le leadership communautaire à différents niveaux en vue de son autonomisation et sa responsabilisation ;
3. Accroître la participation et l'engagement des communautés à travers la mise en place des organes des dialogues communautaires dynamiques, inclusifs et multisectoriels sous le leadership de l'autorité politico administratives à différents niveaux ;
4. Disposer d'une ressource humaine en engagement communautaire polyvalente, accessible, formée, supervisée et motivée pour délivrer un paquet de services à base communautaire de qualité à la population ;
5. Renforcer les capacités des acteurs communautaires dans la détection précoce des maladies à potentiel épidémique et des événements inhabituels de santé publique ;
6. Offrir à la population des services et soins de santé essentiels de qualité à base communautaire sous forme d'un paquet d'interventions intégrées et délivrées dans le respect du cycle de vie (continuum des soins) ;
7. Assurer un approvisionnement régulier en produits, matériels, fournitures et autres intrants pour des prestations de services à base communautaire continues et de qualité ;
8. Accroître l'accès en eau potable, installations d'assainissement améliorées et dispositif d'hygiène ;

9. Accroître les investissements pour le soutien de la mise en œuvre de la politique d'engagement communautaire et la promotion de la gratuité des soins à base communautaire au point d'utilisation ;
10. Renforcer la synergie d'action entre les trois leviers (Population, Prestataire et Influenceur) et la collaboration intra et intersectorielle à travers des mécanismes de coordination efficace visant l'amélioration de déterminants de santé ;
11. Développer un système de suivi et évaluation en engagement communautaire fonctionnel, souple permettant de capter les informations au niveau communautaire à partir des outils de collecte y compris l'usage des nouvelles technologies de l'information.

6.5. Principes directeurs

La politique d'engagement communautaire en République Centrafricaine est basée sur des principes directeurs définis pour guider et encadrer la mise en œuvre des initiatives communautaires. Il s'agit notamment :

6.5.1. Leadership national et local

Le leadership politique et technique national est essentiel pour le succès de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de la mise en échelle des programmes d'engagement communautaire. La conception et la mise en œuvre des programmes qui répondent aux besoins locaux nécessiteront une collaboration étroite entre le Gouvernement et les représentants de la communauté, avec le soutien de spécialistes du secteur (santé, éducation, environnement, programmes sociaux) ainsi que des OSC. Pour cette raison, la conception d'une approche visant à renforcer l'engagement des communautés devra être définie par le pays et selon le contexte national et local, en tenant compte des principaux problèmes, de la charge de morbidité, des priorités perçues par la communauté et de la disponibilité des interventions que les acteurs communautaires devront réaliser.

6.5.2. Participation communautaire

La participation est un principe fondamental en démocratie pour valoriser et accroître l'engagement des citoyens et des acteurs sociaux dans la gestion de la chose publique. C'est un des moyens mis à la disposition d'une société pour s'impliquer pleinement dans la prise de décisions qui engagent la communauté, tant au stade de l'élaboration de projet qu'à celui de sa réalisation et de son évaluation. La communauté devra participer non seulement comme bénéficiaire mais aussi comme partenaire et actrice des actions de développement qui se mènent en sa faveur.

6.5.3. Multisectorialité

La multisectorialité s'impose dans l'approche d'engagement communautaire parce qu'elle stimule les actions synergiques pour agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration des conditions de vie des populations, l'éducation, la protection de l'enfant et de la femme, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. En effet, il est reconnu que l'amélioration de l'état de santé des populations est également un objectif à la fois économique et social de développement et qu'elle devra dorénavant être intégrée dans toutes les politiques du pays. Le but c'est d'apporter des réponses globales à divers déterminants sous-jacents du bien-être au niveau individuel, familial et communautaire.

6.5.4. Responsabilisation

La responsabilisation est la démarche par laquelle l'ensemble des membres d'une communauté se sentent concernés et responsables des problèmes vécus dans leur communauté. De ce fait, ils

acceptent aussi la responsabilité d'élaborer des plans d'action et de les mettre en œuvre pour résoudre les problèmes identifiés. La responsabilisation implique également la capacitation des acteurs communautaires pour les rendre aptes à délivrer certains services de santé et à poser des actes techniques dans le cadre de la délégation des tâches ou du transfert des compétences.

6.5.5. Autonomisation/habilitation

L'autonomisation est comprise comme un processus par lequel une personne ou une communauté acquiert la confiance, l'estime de soi et le pouvoir d'exprimer ses inquiétudes et de faire en sorte qu'on agisse pour y répondre. C'est également la capacité d'une personne, d'une communauté qui se mobilise, s'engage et se décide à résoudre ses propres problèmes et mettent en place les actions correctrices. De ce fait, l'autonomisation permet aux gens de cerner les sujets de préoccupation commune et les soutient dans l'action entreprise pour trouver des solutions à ces préoccupations pour assurer son bien-être et par conséquent son développement.

6.5.6. Inclusion

La politique d'engagement communautaire soutient le développement d'une gestion intégrée et inclusive des interventions à base communautaire. Les membres de la communauté et les groupes sous-représentés, défavorisés, vulnérables et marginalisés devront être identifiés, soutenus et dotés d'un rôle et d'une voix dans tous les aspects de l'engagement communautaire. Cela inclut les groupes discriminés et défavorisés tels que les ménages pauvres, les personnes vivant avec handicap, les personnes âgées, les enfants, les minorités ethniques et linguistiques, les communautés autochtones, la population nomade et les femmes.

6.5.7. Redevabilité

Dans le cas de l'engagement communautaire, la redevabilité implique que les responsables des approches d'engagement communautaire s'acquittent de leur responsabilité à travers une transparence dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation. Il s'agit également de l'ensemble des mécanismes mis en place dans les systèmes communautaires qui garantissent que les acteurs s'acquittent de leurs responsabilités. Ces mécanismes permettent d'assurer également la collecte systématique des réclamations et des plaintes des membres de communautés et en prendre compte pour adapter les interventions menées en leur faveur.

La redevabilité constitue donc un élément fondamental qui reflète la bonne gouvernance au niveau national, régional et local y compris au niveau communautaire. Elle doit également être basée sur la demande, les besoins et les droits fondamentaux des communautés.

6.5.8. L'approche fondée sur le respect de droit de l'homme, de l'équité et du genre

Le droit à la santé est reconnu par la constitution de la RCA adopté le 14 décembre 2015 et promulgué le 27 mars 2016, notamment ses articles 7 et 8. La communauté devra s'assurer que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions de santé, participent et bénéficient à toutes actions de développement sanitaires qui les concernent. Toute intervention communautaire doit encourager, dans toutes ses étapes, la participation réelle des femmes et des hommes et des personnes à besoins spécifiques à la prise de décision, à l'accès aux ressources, à l'expression et la défense de leurs intérêts. L'intégration de la dimension genre dans les interventions à base communautaire implique de veiller à ce que l'analyse sexospécifique, les perspectives sexospécifiques et l'attention portée à l'objectif d'égalité des sexes soient au cœur de toutes les activités.

6.6. Orientations stratégiques par domaine

6.6.1. Gouvernance et coordination en engagement communautaire

L'objectif poursuivi dans ce domaine est de renforcer les capacités institutionnelles et réglementaires pour l'engagement communautaire à travers une gouvernance et une coordination efficace à différents niveaux.

Ce domaine comprend les orientations stratégiques ci-après :

OS 1.1. Renforcement institutionnelle et règlementaire favorable à l'engagement communautaire

Il s'agit de créer des environnements favorables pour l'engagement des communautés sur le plan légal, politique, social, et économique. L'environnement favorable est fondamental pour le respect des droits de l'homme, à l'engagement communautaire et à l'efficacité des acteurs communautaires, y compris les organisations à base communautaire. Le renforcement institutionnel et règlementaire devra permettre de garantir les conditions préalables en matière de santé et le bien-être notamment la paix, l'abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité.

Cependant, des structures institutionnelles du Ministère de la Santé et de la Population devront bénéficier d'un appui global pour permettre d'assurer une bonne coordination des interventions au niveau communautaire et également leur fonctionnement optimal. Des outils normatifs importants devront être élaborés pour promouvoir une plus grande harmonisation de la mobilisation des intervenants à différents niveaux.

OS 1.2. Restructuration et redynamisation des organes de dialogue communautaire à tous les niveaux sous le leadership des autorités politico-administratives

Cette orientation stratégique constitue la base de la réussite et de la pérennisation des actions à base communautaire à travers l'organisation de la communauté autour d'une structure communautaire dynamique en faveur de la santé et du développement intégral. Ces organes de dialogue communautaire devront être placés sous le leadership de l'autorité politico administrative, pour la coordination de toutes les initiatives d'engagement communautaire au profit de la communauté. Le manuel des procédures d'organisation et fonctionnement des organes de dialogues précisera les modalités de composition, d'attribution, de fonctionnement et de relation entre ces structures à différents niveaux.

A travers cette orientation, la politique d'engagement communautaire vise

- 1) L'habilitation de la communauté par la responsabilisation des leaders communautaires sous l'impulsion du chef de villages ou du quartier de ville en tant que garant du changement de comportement et de la paix sociale ;*
- 2) L'installation et la redynamisation des comités villageois des SSP comme structure de base organisée autour du chef de village ou quartier et composée des personnes des toutes les couches sociales sans exclusion ;*
- 3) Le renforcement des comités multisectoriels des SSP aux échelons supérieurs en l'intégrant aux comités de crises (commune, Sous-préfectures, préfectures et central) pour la bonne coordination et le suivi des initiatives d'engagement communautaire ;*
- 4) Le repositionnement des agents de santé communautaire (ASC) comme une cheville ouvrière au sein des comités villageois des SSP autour des autres acteurs communautaires et sous le contrôle des autorités politico administratives.*

6.6.2. Ressources humaines en engagement communautaire

Ce domaine poursuit comme objectif de disposer d'une ressource humaine en engagement communautaire polyvalente, disponible, formée, supervisée et motivée pour délivrer un paquet de services à base communautaire de qualité à la population.

Pour ce domaine les orientations stratégiques sont les suivantes :

OS 2.1. Définition des profils des ressources humaines en engagement communautaire pour la santé et le bien-être

Les ressources humaines en engagement communautaire comprennent un éventail d'acteurs communautaires qui ont la volonté et la capacité d'apporter le changement dans leurs communautés respectives. Il s'agit notamment des autorités politico administratives à différents niveaux, des leaders communautaires, des agents de santé communautaire, les organisations de la société civile, les techniciens de développement communautaire, les volontaires de la croix rouge et ceux de la communauté, notamment les volontaires pour les espaces communautaires d'éveil (garderies communautaires).

La dénomination « agent de santé communautaire », est retenu comme terme générique pour désigner les catégories d'acteurs communautaires (relais communautaire, médiateur communautaire, mobilisateur) identifiés dans leurs communautés respectives, formés pour délivrer des prestations, qu'elles soient de promotion, de prévention ou de prise en charge dans la communauté. La charge de travail ou l'aire de responsabilité de l'agent de santé communautaire sera définie sur base de la densité de la population en terme du nombre d'habitant pour le site des soins communautaire (1000 à 1500 habitants) et en terme du nombre des ménages pour les ASC mobiles (au plus 50 ménages). La politique encourage qu'un minimum de 50% d'ASC soit réservé aux femmes pour plus de représentation et d'autonomisation de la femme.

OS 2.2. Saturation de la couverture des agents de santé communautaires (ASC) polyvalents selon le besoin national en vue d'accroître l'accès aux services à base communautaire.

La politique d'engagement communautaire vise à combler le fossé d'accès aux services et soins de santé en améliorant la disponibilité des ASC déployés à grande échelle pour fournir les soins communautaires de promotion, prévention, de prise en charge et de réadaptation à leurs propres communautés. Il sera donc question d'augmenter l'effectif des ASC dans tous les villages ou quartier des circonscriptions administratives à travers un processus de recrutement transparent, participatif et conforme aux normes de sélection, sous la coordination du CVSSP/CQSSP, en impliquant fortement la communauté dans le processus de recrutement pour faciliter l'appropriation communautaire.

OS 2.3. Renforcement des capacités des acteurs communautaires à travers la formation et la dotation en outils de gestion et d'assainissement du milieu de vie

Une formation initiale axée sur les connaissances et les compétences, devra être offerte aux acteurs communautaires principalement les autorités politico administratives et les ASC pour qu'ils soient préparés à jouer chacun pleinement son rôle dans la prestation de services et qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour fournir des services de qualité. Cette formation constitue une étape importante du processus de restructuration des organes de dialogue communautaire. L'apprentissage en classe devra être complété par un apprentissage axé sur la pratique pour une familiarisation avec les rôles et responsabilités des acteurs communautaires qu'ils sont censés jouer au sein de la communauté.

En plus de la formation de base, les programmes de formation continue devront être mis en œuvre pour soutenir le développement continu des connaissances et des compétences, ainsi qu'accroître l'intérêt continu des acteurs communautaires pour leur travail.

Les autorités politico administratives devront bénéficier de la formation sur la planification et la gestion participative, la coordination des activités, la supervision, l'organisation des réunions de monitoring à base communautaire et le suivi participatif de la mise en œuvre des approches communautaires.

Le renforcement des capacités des communautés se fera également à travers les dotations en matériels et outils de travail pour assurer l'assainissement du milieu ainsi que la gestion correcte des déchets. La promotion des activités hebdomadaires d'assainissement du milieu (KWA TI KODRO) sera renforcée sous la coordination des autorités politico-administratives à différents niveaux dans le cadre de la lutte contre les maladies.

OS 2.4. L'appui à la supervision rapprochée et collaborative des acteurs communautaires avec rétroaction constructive

Le rôle de superviseur des acteurs communautaires est attribué au Chef de village/quartier considéré comme superviseur de proximité de l'ASC de son village/quartier pour des aspects administratifs et de suivi régulier. L'infirmier chef de centre ou poste de santé demeure le superviseur traditionnel technique de l'agent de santé communautaire de son aire de santé avec l'appui de ses supérieurs hiérarchiques. Le Chef de village/quartier assure également la supervision de proximité des agents de services déconcentrés (développement, environnement, éducation, protection, assainissement, élevage, agriculture,...) en activité dans le village/quartier.

Pour ce faire, les superviseurs devront être capacités, outillés et soutenus pour assurer de manière efficace le suivi et la supervision sur terrain.

OS 2.5. Motivation des acteurs communautaires comprenant un ensemble équilibré d'incitations, tant financières que non financières de façon harmonieuse

La politique nationale d'engagement communautaire est fondée sur le principe de volontariat dans lequel les acteurs communautaires et leurs superviseurs ont le droit de bénéficier de toute forme de motivation pouvant stimuler davantage l'intérêt de l'acteur communautaire pour son travail et réduire le taux de déperdition.

Dans le contexte actuel du pays, caractérisé par un espace fiscal très limité, les formes de motivation intrinsèque basées sur l'engagement communautaire et l'autodétermination pour des actions d'intérêt communautaire seront vivement encouragées. Au-delà de la motivation intrinsèque, les acteurs communautaires et leurs superviseurs devront bénéficier des actes qui concourent à leur valorisation au sein des communautés et dans le système de santé formel.

La politique d'engagement communautaire recommande l'octroi des incitatifs financiers et non monétaires, individuels ou collectifs aux acteurs communautaires pour un équilibre dans le maintien de la motivation. Il peut s'agir de :

- *Une prime de motivation prévue à temps partiel ou à temps plein dans les subventions de l'Etat accordées par le Gouvernement à travers ses ministères ou ses circonscriptions administratives, dans le cadre de la mise en œuvre des activités des projets.*
- *La dotation en biens et matériels de prestation ou de protection de l'acteur communautaire pour un environnement favorable de travail.*

- *L'octroi des incitatifs liés à la performance individuelle ou collective des acteurs communautaires sous forme de prime comprenant une portion fixe à payer suivant un rythme contractuel et une autre liée à la performance réalisée après une évaluation extérieure.*
- *La motivation de l'acteur communautaire par la communauté à travers de dons, cadeaux ou tout autre acte de soutien au travail de l'acteur communautaire.*
- *L'appui au développement des activités génératrices des revenus pour l'autonomisation des communautés.*

6.6.3. Paquet des services et soins à base communautaire

Les services et soins fournis par les acteurs communautaires à la communauté sont regroupés en un paquet minimum des prestations axées sur les dix domaines d'impulsions Présidentielles pour la CSU en République Centrafricaine, les priorités du système de santé et de la communauté dans le cycle de vie et le profil épidémiologique du pays.

Le paquet minimum d'activités au niveau communautaire comprend un ensemble de services et soins promotionnels, préventifs, curatifs et de réadaptation que tous les acteurs communautaires fournissent aux membres de leurs communautés sous la supervision technique de l'infirmier chef du centre ou poste de santé de l'aire de santé. Vue la multisectorialité du paquet d'activités, des supervisions pluridisciplinaires seront vivement encouragées en collaboration avec les agents de services déconcentrés de la commune. Ce paquet d'activités concerne tous les acteurs communautaires à différents niveaux selon leurs rôles respectifs.

Le paquet minimum d'activité à mettre en œuvre partout cible les domaines suivants :

- Santé maternelle et reproductive ;
- Immunisation maternelle et infantile ;
- Nutrition ;
- Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant ;
- Prévention et lutte contre les maladies infectieuses : paludisme, VIH, TB, MTN
- Surveillance à base communautaire (SBC) ;
- Eau, hygiène et assainissement ;
- Scolarisation des enfants, adolescents et jeunes ;
- Protection de la femme et de l'enfant ;
- Communication sur changement social & de comportement ainsi que la communication des risques pour l'engagement communautaire ;
- Prévention des problèmes de santé dans les groupes spécifiques (adolescents, jeunes, personnes de troisième âge, populations clés, personnes vivant avec handicap) ;
- Le management et le suivi participatifs.

Le paquet complet d'activités est détaillé en annexe du document et pourra être mise en œuvre selon une approche différenciée et de manière progressive.

6.6.4. Synergie d'action pour l'engagement communautaire

La synergie implique une collaboration étroite entre les trois leviers de l'engagement communautaire (Population, Prestataire et Influenceur) pour des actions concertées et holistique ayant un grand impact sur la santé et le bien-être des communautés. Pour ce faire, la politique d'engagement communautaire met l'accent sur :

- La redynamisation des organes de dialogue (évoqués plus haut) comme des plateformes communautaires par excellence qui puissent faciliter l'interaction entre les 3 leviers en vue d'une forte participation de la communauté dans toutes les étapes.
- La restructuration de ces organes de dialogues en intégrant les représentants de toutes les couches sociales, des membres des organisations féminines, des confessions religieuses, de la jeunesse, des personnes vivant avec handicap, des groupes des minorités, des OSC et OAC, des autorités politico administratives, des leaders communautaires et des différents secteurs sociaux.
- L'instauration des réunions mensuelles des comités de SSP pour la bonne coordination et le suivi des initiatives communautaires avec la participation des représentants de la communauté.
- Les membres de la communauté du village/quartier devront pleinement être impliqués dans l'identification et l'élection des ASC au cours d'un dialogue communautaire organisé par le Chef du quartier/village et le Maire de la commune, sanctionné par un procès-verbal dûment signé.
- L'instauration des séances de restitution systématique à la communauté de toutes les activités communautaires qui se mènent en sa faveur et avec sa pleine participation.
- Dans le cadre de la gestion de l'environnement de vie et la lutte contre les maladies, les activités d'assainissement devront être organisées en collaboration avec les communautés sous la supervision des autorités politico-administratives. Des dotations en outillages seront nécessaires pour renforcer les capacités des communautés.

6.6.5. Gestion des médicaments, matériels, équipements et autres intrants

Les acteurs communautaires devront bénéficier d'un approvisionnement régulier en produits et du soutien en matériel essentiels à la prestation quotidienne de leurs services. Il est donc de la responsabilité du système de santé et des autres secteurs formels de s'assurer que les acteurs communautaires reçoivent des produits, des outils, des matériels, des équipements et des fournitures nécessaires pour fournir des prestations de qualité. La disponibilité continue des produits permettra de renforcer l'acceptabilité et la crédibilité de l'acteur communautaire auprès des familles. La liste des produits, outils, matériels, équipements et fournitures nécessaires sera détaillée dans le plan stratégique d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être.

6.6.6. Financement pour l'engagement communautaire

La mise en œuvre effective de la politique d'engagement communautaire impose de financement et des investissements efficaces des différentes sources et une gestion cohérente de fonds alloués pour les activités communautaires. Les canaux de financement mixtes qui combinent le financement public avec le soutien de l'aide extérieure au développement, ainsi que des sources non gouvernementales seront utilisés comme principales sources de financement de l'engagement communautaire.

La politique d'engagement communautaire encourage la mise en application des modèles innovants de financement sur base d'une analyse des bénéficiaires potentiels des programmes communautaires (équité) et comment ils peuvent être pris en compte dans le budget. La politique encourage également les efforts de mutualisation des ressources financières allouées au soutien des activités communautaires dans la complémentarité, en tirant également partie des ressources locales des communautés. Ainsi donc, la politique encourage :

- Le financement des plans de développement local comme un outil de planification pour juguler toutes les opportunités de financement à différents niveaux.
- Le financement pour le développement des activités génératrices de revenus pour renforcer l'autonomisation des communautés en générale et des femmes en particulier mais aussi comme un mécanisme pérenne de motivation des acteurs communautaires.
- L'intégration des mutuelles de santé obligatoire dans les communautés.
- La prise en charge des agents de santé communautaire par les collectivités territoriales.
- La motivation des autorités politico administratives pour les tâches leurs sont conférées en rapport avec la coordination, la supervision, le suivi des initiatives communautaires.
- Les contributions des communautés à travers les ressources locales en leur disposition.

6.6.7. Suivi, évaluation et apprentissage en engagement communautaire

Le suivi et l'évaluation des programmes communautaires sur une base continue sont des éléments essentiels de la mise en œuvre de la politique d'engagement communautaire. Un cadre de suivi et évaluation comprenant des indicateurs de performance sera élaboré et intégré dans le plan stratégique pluri annuel d'opérationnalisation de la politique. Les indicateurs permettront de mesurer les changements accomplis dans la mise en œuvre de la politique y compris les leçons apprises en termes de bonnes pratiques et des lacunes.

Ceci, implique donc :

- La mise en place des outils standards, intégrés de collecte et de rapportage des données communautaires.
- L'établissement d'un circuit de transmission des données communautaires en fonction du secteur concerné, depuis l'agent de santé communautaire en lien avec la FOSA de rattachement (CS/PS) avant d'arriver au district sanitaire en passant par l'autorité politico administrative. Le directeur de l'école sera en lien avec le chef de circonscription scolaire en passant par l'autorité administrative.
- L'intégration des audits sociaux et communautaires des problèmes de santé et événements inhabituels de santé publique (ex : décès maternel au niveau communautaire, décès de cause inconnu et en masse, ...).
- La réalisation des enquêtes communautaires de satisfaction des bénéficiaires comme moyen efficace de suivi des activités communautaires.
- Le renforcement des mécanismes de réclamations, de collecte et de gestion des plaintes de la communauté.

Les recherches opérationnelles et les approches innovantes d'engagement communautaire seront vivement encouragées dans la mise en œuvre afin d'obtenir des évidences pour guider la prise de décision, la planification, la mise en œuvre, et la révision de la politique.

VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET PARTENARIAT

7.1. Pilotage de la mise en œuvre

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique d'engagement communautaire révèle un caractère multisectoriel et interministériel dont la primeur est accordée au Ministère de la Santé et de la Population, comme point d'ancrage de toutes les initiatives d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être. Le document de politique d'engagement communautaire validé techniquement devra être présenté au Conseil des Ministres par le Ministre chargé de la Santé et de la Population en vue de son adoption.

Des actions interministérielles seront indispensables dans le cadre de la mise en place des structures de coordination au niveau des circonscriptions administratives (Régions, Préfecture, Sous-préfecture, Commune) et au niveau des communautés de base (Village, quartier). Afin d'impliquer efficacement les autorités politico administratives au niveau décentralisé et renforcer les mécanismes de redevabilité, un texte réglementaire interministériel instituant les structures de gouvernance et de coordination à tous les niveaux de l'administration et de la pyramide sanitaire devra être signé entre le Ministre en charge de l'administration du territoire et celui chargé de la Santé et de la Population.

7.2. Coordination et gestion

La coordination de la mise en œuvre de la politique est assurée par le département de la santé et de la population à travers ses structures exécutives et les organes de dialogue communautaire à différents niveaux de la pyramide sanitaire et de l'administration du territoire.

7.3. Partenariat et collaboration intra & intersectorielle

La conception et la mise en œuvre collaborative de la politique nationale d'engagement communautaire nécessitent une coordination étroite entre de nombreux acteurs : les départements ministériels, les donateurs, les ONG internationales et nationales, les partenaires de mise en œuvre, les organisations de la société civile, les associations professionnelles, les dirigeants locaux de la communauté et la communauté elle-même.

Par conséquent, des partenariats stratégiques et opérationnels y compris des mécanismes de collaboration intra et intersectorielle devront être développés à tous les niveaux en vue de l'amélioration des résultats en matière de santé de la population. La politique d'engagement communautaire encourage vivement la mise en œuvre des actions multisectorielles visant l'amélioration des déterminants socio-économiques, environnementaux et comportementaux de la population ainsi que la construction de partenariats efficaces entre les différents ministères sociaux, les organisations de la société civile, les ONG humanitaires et de développement.

7.4. Mesures d'accompagnement de la Politique

La mise en œuvre efficace de la politique nécessite la prise d'un certain nombre de mesures d'accompagnement. Ces mesures concernent principalement :

- L'adoption de la politique nationale d'engagement communautaire par le conseil des Ministres ;
- L'élaboration et l'appui à la mise en œuvre du plan stratégique national d'engagement communautaire pour la période de 2023-2027 ;
- L'augmentation progressive du financement de la santé pour atteindre le seuil de 15% du budget global de l'Etat conformément aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (2001) ;

- L'inscription d'une ligne budgétaire spécifique au financement des programmes d'engagement communautaire sur toute l'étendue du territoire nationale ;
- L'identification et promotion de financements innovants pour soutenir l'engagement communautaire ;
- L'amélioration de l'efficacité et l'équité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières disponibles ;
- La mise en œuvre de réformes structurelles au sein de la direction en charge de la santé communautaire pour qu'elle soit capable de porter efficacement cette politique qui se veut être robuste et holistique ;
- L'effectivité de la décentralisation dans la gestion et la coordination des programmes d'engagement communautaire au niveau décentralisé et déconcentré ;
- Le renforcement des capacités de la société civile pour jouer pleinement son rôle dans la communauté.

7.5. Procédures d'adoption et de révision de la Politique

Le document de politique nationale d'engagement communautaire 2023-2030 devra être présenté et adopté par le Gouvernement et lancé officiellement par le Président de la République, Chef de l'Etat.

La décision de révision de la politique nationale d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être est de l'initiative du Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé et de la Population sur la base des éléments probants motivants endossés par le Conseil des Ministres.

Annexe 1 : Paquet complet d'activités à base communautaire

Domaines d'intervention	Types de services	Activités des acteurs communautaires
Santé maternelle et reproductive	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) • Distribution des préservatifs (féminin et masculin) • Promotion et suivi des consultations prénatales dans la FOSA chez la femme enceinte (4 visites au moins) • Promotion du dépistage du VIH chez la femme enceinte • Promotion et suivi de la vaccination antitétanique (VAT) chez la femme enceinte • Promotion de l'utilisation de la MILD chez la femme enceinte • Promotion et suivi du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte (3 doses) • Promotion et suivi de la supplémentation en fer et acide folique chez la femme enceinte • Sensibilisation de la femme enceinte sur la reconnaissance de signes de danger pendant la grossesse • Promotion de l'accouchement dans une FOSA • Promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois
Soins néo natus	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion et suivi de l'allaitement maternel exclusif • Promotion de la vaccination (BCG, VPO) et la disponibilité d'acte de naissance • Sensibilisation de la mère sur la reconnaissance des signes de danger chez le nouveau-né
Vaccination infantile	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du respect de calendrier vaccinal de l'enfant • Recherche active des enfants non et insuffisamment vaccinés • Orientation des enfants non et insuffisamment vaccinés vers les sites de vaccination • Participation aux campagnes de vaccination des enfants
Nutrition à Assise Communautaire (NAC)	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et le Suivi et Promotion de la Croissance (SPC) • Promotion et suivi de l'allaitement continu jusqu'à 2 ans • Promotion et le suivi de l'alimentation de complément diversifiée à partir de l'âge de 6 mois • Dépistage actif de la malnutrition aigüe à l'aide du ruban MUAC à partir de l'âge de 6 mois • Participation aux campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de la fièvre avec du Paracétamol • Diagnostic du paludisme au TDR • Prise en charge de paludisme simple avec l'ACT • Evaluation et prise en charge de la diarrhée simple avec le SRO et le Zinc • Evaluation et prise en charge de cas simple d'infections respiratoires aigües avec l'Amoxicilline dispersible

Santé des adolescents et jeunes	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation de cas grave de paludisme, diarrhée et infections respiratoires aiguës sévères • Education nutritionnelle et sexuelle • Promotion du dépistage du VIH et autres IST • Promotion de l'utilisation des préservatifs (masculin et féminin) • Distribution des préservatifs chez les adolescents et jeunes sexuellement actifs • Sensibilisation sur la prévention des grossesses précoces et non désirables • Promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes • Sensibilisation sur les violences sexuelles et basées sur le genre • Promotion de la vaccination chez les jeunes filles en âge de procréation
Maladies infectieuses ou transmissibles	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'utilisation de MILD en particulier chez l'enfant de moins de 5 ans • Sensibilisation sur la prévention contre le VIH et la TB • Promotion de l'utilisation des préservatifs (masculin et féminin) • Promotion du dépistage du VIH • Orientation des cas suspects de TB vers le centre de diagnostic et de prise en charge • Distribution communautaire de l'Ivermectine et autre déparasitant contre les maladies tropicales négligées
	Soutien ou réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil à l'observance au traitement de l'infection à VIH/SIDA • Soutien nutritionnel et psychologique aux PVVIH • Identification et soutien des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) • Conseil à l'observance au traitement antituberculeux • Recherche de perdus de vue de VIH et TB
Surveillance à base communautaire (SBC)	Promotion et prévention Détection et notification précoces des événements de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche active des maladies à potentiel épidémique : rougeole, poliomyélite, fièvre jaune, cholera, COVID-19, fièvres hémorragiques, tétanos néo natal, etc. • Notification des cas suspects des maladies à potentiel épidémique • Sensibilisation sur les mesures barrières en cas d'épidémie et pandémie (COVID-19) • Suivi des cas contact en cas d'épidémie ou pandémie • Alerte sur les rumeurs ou tout événement inhabituel de santé publique (surveillance basée sur les événements) • Alerte sur le décès en masse ou en série de bétail ou volaille
Eau, hygiène et assainissement (WASH)	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion du lavage des mains avec de l'eau et du savon ou de la cendre • Promotion de l'utilisation des latrines hygiénique et de l'arrêt de la défécation à l'air libre • Sensibilisation sur l'utilisation systématique des méthodes de traitement d'eau de boisson • Promotion de l'assainissement du milieu (désherbage, débouchage des caniveaux, gestion des déchets)

Management et suivi participatif	Soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Dénombrement des ménages et actualisation des cibles • Participation aux dialogues et diagnostic communautaire du village ou du quartier • Participation à l'élaboration du plan de développement du village ou du quartier • Participation aux réunions mensuelles de monitoring des organes de dialogue à différents niveaux • Collecte des données dans les ménages sous sa responsabilité, transmission du rapport mensuel et contrôle citoyen • Participation aux activités de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)
Genre et protection sociale	Soutien et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'enregistrement des enfants à l'Etat civil et orientation • Sensibilisation contre les violences basées sur le genre (VBG) • Soutien aux victimes des violences basées sur le genre (VBG)
Education	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'éducation des filles • Promotion de l'Espace communautaire d'Eveil • Promotion de l'hygiène et assainissement à l'école (système de lave-mains, latrines améliorées) • Promotion de l'alphabétisation fonctionnelle intensive (AFI)
Agriculture et élevage	Promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'élevage des petits ruminants • Promotion des semences améliorées à l'endroit des groupements féminins • Promotion d'une agriculture mécanisée
Maladies chroniques non transmissibles	Promotion et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation sur la prévention de l'hypertension artérielle (HTA) • Sensibilisation sur la prévention contre le Diabète sucré • Dépistage et orientation des personnes avec suspicion de l'HTA • Dépistage et orientation des personnes avec suspicion de Diabète sucré

Annexe 2 : Cadre de responsabilités des Acteurs Communautaires

Institutions/Acteurs	Responsabilités
Gouvernement et ses départements	<ul style="list-style-type: none"> Financer la mise en œuvre de la politique nationale d'engagement communautaire pour la santé et le bien être ; Prendre des mesures politiques et administratives pour la mise en place des services sociaux de base et de leur pleine utilisation par les communautés bénéficiaires ; S'assurer de la mise en place des services sociaux de base et de leur pleine utilisation par les communautés bénéficiaires à différents niveaux ; S'assurer de l'intégration de la Santé dans toutes les politiques sociales en faveur des actions synergiques sur les déterminants de santé.
Ministère de la Santé et de la Population	<ul style="list-style-type: none"> Assurer le leadership et la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale d'engagement communautaire Assurer la planification stratégique et annuelle des interventions à base communautaire ; Mobiliser des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des interventions à base communautaire ; Produire des normes, directives, outils et supports de la mise en œuvre des programmes de santé communautaire selon les orientations de la politique nationale de santé communautaire ; Accompagner les RS et DS dans la mise en œuvre et le suivi des programmes d'engagement communautaire ; Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre efficace de la politique nationale d'engagement communautaire ; Documenter et partager les expériences de la mise en œuvre politique nationale d'engagement communautaire.
Préfet	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer le plan Préfectoral de développement émanant des plans de développement des Sous-Préfectures ; Mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan Préfectoral de développement ; Susciter l'engagement de la communauté à l'utilisation des services sociaux de base offerts Coordonner la mise en œuvre des activités du plan Préfectoral de développement ; Organiser les réunions trimestrielles du comité préfectoral des soins de santé primaires ; Partager les rapports d'activités avec le Préfet et le Médecin Chef de District sanitaire ; Mobiliser et sensibiliser la communauté sur les problèmes de santé de la Préfecture ; Coordonner les activités de surveillance à base communautaire des maladies et de tout autre événement inhabituel ; Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans de développement des Sous-Préfecture de la circonscription.
Sous-Préfet	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer le plan Sous-Préfectoral de développement qui prend en compte les plans des communes ;

Institutions/Acteurs	Responsabilités
	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources locales nécessaires pour la mise en œuvre du plan Sous-Préfectoral de développement ; • Coordonner la mise en œuvre des activités du plan Sous-Préfectoral de développement ; • Organiser régulièrement les réunions du comité sous préfectoral des soins de santé primaires ; • Partager les rapports d'activités avec le Préfet et le Médecin Chef de District sanitaire ; • Mobiliser et sensibiliser la communauté sur les problèmes de santé de la Sous-Préfecture ; • Coordonner les activités de surveillance à base communautaire des maladies et de tout autre événement inhabituel ; • Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans de développement des communes de la circonscription.
Maire	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer le plan de développement communal qui prend en compte les plans des villages ou quartier ; • Mobiliser les ressources locales nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement communal ; • Coordonner la mise en œuvre des activités du plan de développement communal ; • Organiser régulièrement les réunions du comité communal des soins de santé primaires ; • Partager les rapports d'activités avec le Sous-Préfet, le Chef du Centre de santé de l'aire de santé et les autres secteurs concernés ; • Mobiliser et sensibiliser la communauté sur les problèmes de santé de la commune ; • Coordonner les activités de surveillance à base communautaire des maladies et de tout autre événement inhabituel ; • Appuyer la supervision, le suivi et l'évaluation des activités des SSP au niveau communautaire ; • Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans des villages ou quartier de la circonscription.
Chef de Village/Quartier	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coordonner les activités de développement du village ou quartier dans une perspective multisectorielle et holistique : <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en œuvre le plan de développement local avec la participation de toutes les forces vives et de la communauté ; • Assurer la mobilisation des ressources locales pour la mise en œuvre du plan de développement local ; • Organiser des réunions mensuelles du comité villageois/quartier des soins de santé primaires ; • Partager les rapports d'activités avec le Maire, qui à son tour partage aux secteurs concernés et au Chef du Centre de santé de l'aire de santé ; • Organiser régulièrement des réunions de restitution à la communauté. 2) Superviser les agents de santé communautaire et d'autres acteurs communautaire dans la prestation des services au niveau communautaire liés à la santé, l'hygiène, l'assainissement, la protection, l'éducation, l'immunisation, la SBC, ...

Institutions/Acteurs	Responsabilités
Leader communautaire (Chef Religieux, ...)	<ul style="list-style-type: none"> • Dépositaire de normes religieuses favorables à l'utilisation des services sociaux de base ; • Renforcer la demande des services sociaux de bases à travers les mouvements et actions associatifs ; • Informer et sensibiliser les bénéficiaires sur l'utilisation des services sociaux de base offerts et les bonnes pratiques. • Sensibiliser les populations sur l'abandon des pratiques culturelles néfastes pour la communauté.
Agent de Santé Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des visites à domicile dans les ménages de son aire de responsabilité ; • Réaliser le dénombrement des ménages et l'actualisation mensuelle des données de sur les naissances et les décès ; • Assurer la promotion des pratiques favorables à la santé dans son aire de responsabilité ; • Distribuer les produits de base de santé et de nutrition aux familles dans les communautés ; • Assurer la prise en charge de cas simples de paludisme, diarrhée et Infection respiratoire aigüe ; • Orienter les patients vers les formations sanitaires les plus proches y compris les cas grave de paludisme, diarrhée, Infection respiratoire aigüe, malnutrition aigüe ; • Assurer la surveillance épidémiologique des maladies endémiques, épidémiques et événements inhabituels dans les ménages sous sa responsabilité et la recherche active des perdus de vue/abandons ; • Collecter et transmettre les données au Chef du village/quartier et à l'infirmier Chef du Centre/Poste de santé ; • Participer aux réunions mensuelles de monitoring du CVSSP/CQSSP.
Relais des Espaces communautaires d'éveil (ECE)	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les enfants âgés de 2 à 3 ans dans l'ECE ; • Encadrer les enfants pour développement de leur faculté cognitive et émotionnelle (travaux en ateliers, espaces de jeux) ; • Faire appel aux ASC pour l'évaluation et l'orientation des enfants malades ; • Suivre le statut nutritionnel des enfants.
Organisation de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources nécessaires pour soutenir les initiatives communautaires ; • Susciter et déclencher un engagement communautaire fort pour le bien-être ; • Participer au renforcement des capacités et à l'autonomisation des communautés ; • Assurer le suivi communautaire et la redevabilité sociale ; • Assurer le contrôle citoyen des services sociaux de base en faveur de la communauté.

Institutions/Acteurs	Responsabilités
Partenaire technique et financier	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les financements pour soutenir la mise en œuvre des initiatives d'engagement communautaire ; • Appuyer le renforcement des capacités techniques des acteurs communautaires à différents niveaux ; • Soutenir les activités de supervision des acteurs communautaires ; • Doter et équiper les acteurs communautaires à différents niveaux en matériels et supports de travail ; • Soutenir la motivation des acteurs communautaires à travers des incitatifs financiers ou non financiers.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Frohlich, K.L. et L. Potvin. « Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations » *American Journal of Public Health*, février 2008, vol. 98, no 2, p. 216-221
- ² Kelly, M., A. Morgan, J. Bonnefoy, J. Butt et V. Bergman. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Genève (CH) : Measurement and Evidence Knowledge Network, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2007.
- ³ Glossaire de la Série « Santé pour tous », N° 1-8. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984 (Série « Santé pour tous », N°9).
- ⁴ *Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. Geneva: World Health Organization; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ⁵ Ardal, S., J. Butler et R. Edwards. *Community engagement and communication: the health planner's toolkit (module 5)*. Toronto (Ont.) : gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006
- ⁶ Global Conference on Primary Health Care, Déclaration d'Astana, Kazakhstan octobre 2018
- ⁷ République Centrafricaine : Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017-2021
- ⁸ République centrafricaine, Les Dix Domaines d'Impulsions Présidentielles pour la couverture santé universelle en République centrafricaine-Septembre 2019
- ⁹ Simen-Kapeu A, Lewycka S, Ibe O, Yeakpalah A, Horace JM, Ehounou G, Boima T, Wesseh CS. Strengthening the community health program in Liberia: Lessons learned from a health system approach to inform program design and better prepare for future shocks. *J Glob Health* 2021; 11:07002
- ¹⁰ Wendelboe AM, McCumber M, Erb-Alvarez J, Mould N, Childs RW, Regens JL. Managing emerging transnational public health security threats: lessons learned from the 2014 West African Ebola outbreak. *Global Health* 2018; 14:75 Medline:30053868 doi:10.1186/s12992-018-0396-z
- ¹¹ Kodish SR, Simen-Kapeu A, Beauliere JM, Ngnie-Teta I, Jalloh MB, Pyne-Bailey S, et al. Consensus building around nutrition lessons from the 2014–16 Ebola virus disease outbreak in Guinea and Sierra Leone. *Health Policy Plan.* 2019 ;34 :83-91. Medline :30753437 doi :10.1093/heapol/czy10
- ¹² Yamey G, Shretta R, Blnka F. L'objectif de développement durable pour la santé à l'horizon 2030 doit trouver un équilibre entre aspiration audacieuse et faisabilité technique. *BMJ.* 2014 ; 349: g5295
- ¹³ Evolution de la mortalité maternelle 2000-2017, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies, 2019
- ¹⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/RCA/> Consulté le 3 août 2022
- ¹⁵ ICASEES. 2021. MICS6-RCA Enquête par grappes à indicateurs multiples 2018-2019, Rapport final des résultats de l'enquête. Bangui, République Centrafricaine: ICASEES.

- ¹⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Central African Republic profile Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2021. Available from <http://www.healthdata.org/central-African-republic>, Accessed 2022, sept 25th 16
- ¹⁷ L'Institut Centrafricain des Statistiques et des Études Économiques et Sociale (ICAES), RCA, mars 2022
- ¹⁸ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/centralafricanrepublic/overview>; consulté le 25/09/2022
- ¹⁹ IGME-Agences internationales des Nations unies/Consulté le 3 août 2022
- ²⁰ WHO, Global tuberculosis report 2019
- ²¹ ONUSIDA, Estimation Spectrum-RCA, 2019
- ²² Ministère de la Santé et de la Population : Rapport du programme Prévention de la Transmission Parent-Enfant, RCA 2020
- ²³ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. À propos des déterminants sociaux de la santé [Internet]. 2013. Récupéré à l'adresse www.nccdh.ca/fr/resources/about-social-determinants-of-health/.
- ²⁴ Synthèse de trois méta-études ; disponible sur www.economiesuisse.ch consulté le 02 mars 2023
- ²⁵ Ministère de la Santé Publique : Stratégie de développement de la participation communautaire en RDC, Kinshasa 2016
- ²⁶ Ministère de la Santé Publique : Manuel des procédures d'organisation et fonctionnement des structures et approches communautaires en RDC, Kinshasa 2016
- ²⁷ Marcela Ascuntar ; Priorité à la communauté : la clé pour endiguer l'épidémie d'Ebola en RDC, Août 2020
- ²⁸ Stephen Mugamba, Jauhara Nanyondo, Monica Millard, Naoko Kozuki et Hannah Kibuuka ; L'engagement communautaire : la solution pour des recherches fructueuses sur le virus Ebola, RDC August 2020
- ²⁹ SIMONE CARTER, LINDA MOBULA, HADIA SAMAHA, STEVE MUNDEKE AHUKA : Engagement communautaire et vaccinations pendant l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo, novembre 2020
- ³⁰ Miller NP, Milsom P, Johnson G, et al. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone J Glob Health 2018; 8: 020601
- ³¹ Résultats de l'étude d'impact de Last Mile Health, février 2017, Disponible sur [Résultats de l'étude d'impact de Last Mile Health - Last Mile Health](#)
- ³² Ministère de la santé, Direction nationale de la santé publique : Politique nationale de la santé communautaire, Bénin 2013.

