

RENFORCEMENT DES LIENS ENTRE LES STRUCTURES SANITAIRES, SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES LEÇONS APPRISES ET BONNES PRATIQUES

Mai 2018



This report is made possible by the generous support of the American people through the support of the Office of Health, Infectious Diseases, and Nutrition, Bureau for Global Health, U.S. Agency for International Development (USAID), USAID/Côte d'Ivoire, under terms of Cooperative Agreement No. AID-OAA-A-12-00005, through the Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA), managed by FHI 360.

The contents are the responsibility of FHI 360 and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

May 2018

Recommended Citation

Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). 2018. *Renforcement des Liens entre les Structures Sanitaires, Sociales et Communautaires : Leçons Apprises et Bonnes Pratiques*. Washington, DC : FANTA/FHI 360.

Contact Information

Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)
FHI 360
1825 Connecticut Avenue, NW
Washington, DC 20009-5721
T 202-884-8000
F 202-884-8432
fantamail@fhi360.org
www.fantaproject.org

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Sigle et liste des acronymes | i |
| Résumé | iii |
| Définitions des concepts clés | iv |
| 1 Introduction | 1 |
| 2 Contexte et justification..... | 2 |
| 3 But..... | 3 |
| 4 Objectifs..... | 4 |
| 5 Cadre conceptuel de mise en œuvre du processus de renforcement des liens entre les structures sanitaires, sociales et la communauté..... | 4 |
| 6 Mise en œuvre du processus de RDL..... | 6 |
| 6.1 Activités réalisées | 6 |
| 6.2 Acteurs..... | 8 |
| 6.3 Ressources matérielles et financières..... | 9 |
| 7 Résultats | 11 |
| 7.1 Disponibilité d'un plan modèle de RDL éprouvé..... | 11 |
| 7.2 Niveau de réalisation relativement moyen des recommandations de l'atelier de réflexion sur le processus de RDL..... | 11 |
| 7.3 Bon niveau de réalisation de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL | 13 |
| 7.4 Utilisation satisfaisante du registre de suivi des références et contre référence | 17 |
| 7.6 Présentation et analyse des résultats de la contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires pour accroître l'engagement, janvier à décembre 2017 | 18 |
| 7.7 Résultats sur la rétention des patients dans les soins | 19 |
| 8 Bonnes pratiques et leçons apprises | 20 |
| 8.1 Bonnes pratiques..... | 20 |
| 8.2 Leçons apprises | 22 |
| 9 Difficultés | 24 |
| 9.1 Au niveau central | 24 |
| 9.2 Au niveau décentralisé | 24 |
| 10 Stratégies | 25 |
| Axe n°1 : Amélioration de la communication..... | 25 |
| Axe n°2 : Renforcement du système de référence et contre référence..... | 25 |
| Axe n°3 : Mise en place d'une équipe de coordination des activités de renforcement des liens au niveau central et opérationnel | 25 |
| 11 Conclusion..... | 27 |
| ANNEXES | 28 |
| Annexe 1 : Liste des programmes | 28 |
| Annexe 2 : Liste des districts sanitaires, des centres sociaux et des organisations communautaires | 29 |
| Annexe 3 : Liste des structures et organisations ayant participé au processus de RDL 2014 à 2018 | 30 |
| Annexe 4 : Grille de supervision du RDL | 32 |
| Annexe 5 : Plan conjoint model de renforcement des liens structures sanitaires, sociales et la communaute | 35 |

Sigle et liste des acronymes

| | |
|-----------|---|
| AD | Africa Development (organisation à base communautaire) |
| ADF | Association Dignité de la Femme (organisation à base communautaire) |
| ARV | Antirétroviraux |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CSAS | Centre de Solidarité et Action Sociale |
| CSK | Centre Social Koumassi |
| CSO | Centre Social |
| CSoTA1 | Centre Social de Treichville Avenue 1 |
| CSoTH | Centre Social de Treichville Habitat |
| CSU | Couverture sanitaire universelle |
| DC-PNN | Directeur Coordonnateur du Programme National de Nutrition |
| DDSHP | Directeur Départemental de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| DIIS | Direction de l'Informatique et de l'Information Stratégique |
| DPPS | Direction de la Prospection de la Planification et des Stratégies |
| DRSHP | Directeur Régional de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| ECR | Equipe Cadre de Région |
| EMOPECNAP | Evaluation de la Prise en Charge de la Prise En Charge Nutritionnelle et Ambulatoire des Personnes infectées et/ou affectées par le VIH |
| ESNAPOCI | Evaluation de la Situation Nutritionnelle et Alimentaire des PVVIH/OEV en Côte d'Ivoire |
| FANTA III | Food and Nutrition Technical Assistance III Project |
| FFARN | Foyer Fixe d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle |
| HG | Hôpital Général |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| MEMEASFP | Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle |
| MSFFE | Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et de l'Enfant |
| MSHP | Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| OAC | Organisation à Assise Communautaire |
| OBC | Organisation à Base Communautaire |
| OEV | Orphelins et Enfants rendus vulnérables du fait de VIH |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| PATH-IYCN | Program for Appropriate Technology in Health - Infant and Young Child Nutrition Project |

| | |
|--------|--|
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PEC | Prise En Charge |
| PECP | Prise En Charge Pédiatrique |
| PECNAP | Prise En Charge Nutritionnelle et Ambulatoire des Personnes infectées et/ou affectées par le VIH |
| PEPFAR | President's Emergency Plan For Aids Relief |
| PIAVIH | Personnes Infectées et/ou Affectées par le VIH |
| PMO | Partenaire de Mise en Œuvre |
| PNLS | Programme National de Lutte contre le Sida |
| PN-OEV | Programme National de prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVVIH | Personnes Vivant avec le VIH |
| RDL | Renforcement Des Liens |
| SAS | Services d'Action Sanitaire |
| SEV CI | Santé Espoir Vie Côte d'Ivoire |
| STC | Save the Children |
| UACOM | Un Amour de Commune |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNT | Unité Nutritionnelle Thérapeutique |
| UNTA | Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire |
| UNS | Unité Nutritionnelle de Supplémentation |
| URC | University Research Company |
| USAID | United States Agency for International Development |
| VIH | Virus de l'immunodéficience Acquis |

Résumé

Ce document a été élaboré par FHI 360 avec l'appui technique et financier d'USAID pour documenter les bonnes pratiques issues de la mise en œuvre d'un processus de renforcement des liens entre les communautés, les établissements de soins et les structures sociales. Il propose un cadre conceptuel et décrit les bonnes pratiques qui favorisent une utilisation accrue des services de soins et soutien en vue d'améliorer l'observance au traitement antirétroviral et la rétention des patients dans les soins VIH.

Il présente également les principales considérations opérationnelles que les équipes des structures/organisations peuvent utiliser comme des stratégies pour la mise en œuvre d'un paquet d'interventions efficaces et adaptées au contexte local visant à renforcer les liens entre les communautés, les centres sociaux et les établissements de soins. Ces stratégies ont été identifiées grâce à l'analyse des résultats de la mise en œuvre du processus de RDL en Côte d'Ivoire depuis 2014 dans 9 districts sanitaires (11 structures de santé, 8 centres sociaux et 15 ONG locales).

Les pratiques sont réparties en cinq domaines qui sont (i) la **communication** (moyens de communication entre les acteurs des différentes entités) ; (ii) le **système de référence** (disponibilité et utilisation des outils de référence et contre référence; présence de conseillers communautaires au sein des structures de santé) ; (iii) la **coordination et le suivi-évaluation** (cadre de collaboration fonctionnel et mise en place d'une équipe de coordination sur le RDL) ; (iv) le **renforcement des capacités** (mise à niveau des acteurs des différentes entités).

Définitions des concepts clés

Ce chapitre vise à définir les principaux concepts utilisés dans le cadre du renforcement des liens (RDL) entre les structures sanitaires, sociales et communautaires et dans le document.

Organisation communautaire : Une organisation communautaire est une structure basée au niveau de la communauté qui offre des services de proximité aux populations. C'est l'exemple des ONG, des associations à base communautaire ou groupes communautaires, des réseaux et des organisations confessionnelles. Dans le contexte du RDL, l'organisation communautaire est un partenaire privilégié dans la prévention et le continuum de soins en matière de lutte contre le VIH.

Continuum de soins : C'est l'ensemble des soins offerts au patient depuis la structure de santé jusque dans la communauté et plus particulièrement au domicile du patient et vice - versa. Ceux-ci doivent satisfaire aux besoins du patient et de sa famille. (Guide national de prise en charge Communautaire du VIH, 2013)

Prise en charge holistique d'une personne vivant avec le VIH : La prise en charge holistique ou globale est une prise en charge médicale, psychologique, sociale et nutritionnelle qui prend en compte l'ensemble des problèmes du patient afin de pouvoir le ramener vers une vie familiale, sociale et professionnelle normale.

La prise en charge des personnes séropositives ne se résume pas à des soins médicaux mais comporte en complément, dans le cadre d'une démarche de prise en charge globale, des mesures d'accompagnement visant à développer et maintenir l'autonomie des personnes à l'égard de la maladie.

Bonne pratique : Une bonne pratique¹ n'est pas uniquement une pratique qui est bonne, mais une pratique ayant fait ses preuves et permis d'obtenir de bons résultats, et qui est dès lors recommandée comme modèle. C'est une expérience réussie, testée et validée, au sens large, répétée, qui mérite d'être partagée afin qu'un plus grand nombre de personnes se l'approprient.

Référence : Mécanisme par lequel une structure de soins et soutien oriente et/ou transfère un patient dont le cas dépasse ses compétences vers une structure ou un service plus spécialisé et mieux équipé, pour une prise en charge plus adéquate.

Contre référence : Démarche inverse de la référence ; c'est la réorientation et/ou le retour du patient pour assurer la suite et le suivi de la prise en charge.

Lien communauté-structure sanitaire : Le lien communauté-structure sanitaire se définit comme une collaboration étroite formelle entre un établissement de santé et les communautés qu'il dessert dans le but d'améliorer la santé de la population.

Le Renforcement des liens : Processus établi pour développer et rendre opérationnelles des rapports interactifs entre les structures, sanitaires, sociales et la communauté à travers l'organisation de réunions de coordination périodiques à tous les niveaux concernés, l'établissement de plans d'actions conjoints, la disponibilité d'outils pour assurer la traçabilité des références et contre références.

¹ Canevas pour les bonnes pratiques selon la FAO (www.fao.org/knowledge/goodpractices/gphome/fr/)

1 Introduction

Le VIH/sida fait partie des maladies chroniques que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003) définit comme des problèmes de santé nécessitant une prise en charge continue pendant des années. Incurable et marquée par l'incertitude, l'infection à VIH a de nombreuses répercussions sur les patients et leurs familles. Depuis des décennies, le souci de juguler la propagation du VIH/sida ou mieux encore, de donner aux personnes qui en sont victimes le privilège de vivre sainement, a été la principale tâche à laquelle s'attèlent nombre de pays, organisations et structures. La Côte d'Ivoire faisant partie de ces pays, elle n'est pas restée inactive quant aux actions à mener pour dissiper ce souci.

Cette volonté politique s'est traduite sur le terrain par des mesures prises à savoir la gratuité du traitement ARV et le passage à échelle de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. En mai 2014, le Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, pour fédérer tous les efforts dans la lutte contre le VIH/sida, a mis en place une structure unique de coordination de la réponse du secteur de la santé en matière de lutte contre le sida : le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Le PNLS est la structure technique de référence nationale pour toutes les activités en rapport avec la réponse nationale de lutte contre l'épidémie à VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Egalement, dans le cadre de l'amélioration de la réponse globale aux problèmes des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du fait du VIH/sida, le gouvernement ivoirien, à travers son Ministère en charge des Affaires Sociales (MFFAS), a créé un Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV). Ce Programme a pour mission de développer la politique nationale de prise en charge en faveur des OEV et de veiller à sa mise en œuvre.

Toutes ces actions en vue de la promotion et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant ou affectées par le VIH bénéficient des appuis financiers et techniques des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Cependant, bien que les actions entreprises aient donné des résultats encourageants, beaucoup reste à faire.

L'introduction des soins palliatifs dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH a été une stratégie pour améliorer l'état de santé des personnes vivant ou affectées par le VIH. Selon l'OMS, les soins palliatifs sont une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontées aux problèmes liés à la maladie qui menace leur vie, par la prévention et le soulagement de leur souffrance grâce à une identification précoce, une évaluation impeccable et le traitement de la douleur et d'autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels.

Aujourd'hui ce terme a été remplacé par « les soins et soutien » qui sont des soins globaux, holistiques et donc prend en compte tous les aspects des soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel.

Cependant, la mise en œuvre de ces interventions et stratégies se heurte à l'insuffisance du lien avec la communauté. En effet les rapports de supervisions organisées par le PNN et le rapport de l'EMOPECNAP ont relevé un dysfonctionnement au niveau du continuum de soins (taux de rétention des patients vivant avec le VIH est passé de 76% en 2015 à 83% en 2017, *Rapport annuel PNLS 2017*) et du système de référence et de contre référence (sous notification des cas de référence et contre référence, absence d'outils harmonisés pour la référence, *Rapports de mission de suivi des activités de nutrition et du RDL, PNN 2015*).

Ainsi, le MSHP (PNLS, PNN) en collaboration avec le MPFFPE (PNOEV), avec l'appui technique de FHI 360/FANTA III ont amené les acteurs à identifier et réaliser des actions concrètes en vue d'améliorer les liens entre les structures de santé, les centres sociaux et la communauté.

Le processus de renforcement des liens entre les structures sanitaires, les centres sociaux et la communauté a été implémenté dans 09 districts sanitaires de Août 2014 à Juin 2017 à travers plusieurs activités dont : des réunions de coordination aussi bien au niveau central que décentralisé, le développement et la mise en œuvre et le suivi de plan conjoints de RDL, l'élaboration d'un registre de suivi des références et contre références et enfin des ateliers de présentation des résultats du processus de RDL au niveau opérationnel et central.

Ce présent document est élaboré pour partager les leçons apprises et les bonnes pratiques issues de la mise en œuvre de ce processus afin de proposer des stratégies pour un (une réplication) éventuel passage à échelle.

2 Contexte et justification

La Côte d'Ivoire fait partie des pays de l'Afrique de l'Ouest les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida avec 460 000 personnes vivant avec le VIH et une prévalence estimée à 3,2% (Rapport ONUSIDA 2015). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (4,6%) que chez les hommes (2,9 %). Le nombre d'OEV est estimé à 230 000 (ONUSIDA, 2016).

En ce qui concerne la situation nutritionnelle, la Côte d'Ivoire est frappée à ce jour par le double fardeau de la malnutrition, tant par carence que par excès. En effet, selon l'EDS-MICS 2011-2012, 29,8% des enfants souffrent de malnutrition chronique. Aussi, 7,5% des enfants souffrent de malnutrition aigüe et 14,9% présentent une insuffisance pondérale (supérieur au seuil acceptable de l'OMS : 10%). La proportion d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités est faible : seulement 1 enfant sur 10 (12%) est sous allaitement exclusif. La valeur moyenne de l'IMC chez les femmes est de 23,1 et 7,7% des femmes se situent en deçà du seuil critique de 18,5 : 6,2% se situent entre 17,0 et 18,4, ce qui reflète une maigreur légère et 1,5% se situent en dessous de 17,0, ce qui reflète une maigreur modérée ou sévère. (EDSCI-III 2012). Par ailleurs, toujours selon la même étude, environ 25,6% des femmes présentaient une surcharge pondérale (25,0 ou plus) avec 6,6% de femmes obèses (30,0 ou plus). Chez les personnes vivant ou affectées par le VIH, l'Analyse de la Situation Nutritionnelle et de la Sécurité Alimentaire a révélé que 25,4% des personnes vivant avec le VIH et 8,8% des OEV présentaient une malnutrition aigüe et 7% étaient en insécurité alimentaire (l'ESNAPOCI 2015).

Fort de ces constats, la Côte d'Ivoire a défini plusieurs stratégies visant à favoriser l'accès au traitement ARV et à améliorer l'état nutritionnel des personnes vivant ou affecté par le VIH. Ainsi de l'accès universel aux ARV la CI est passée à l'approche « tester et traiter ». De plus le Programme National de Nutrition (PNN) en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le VIH (PNLS), avec l'appui financier et technique de partenaires (PEPFAR, OMS, FHI360/FANTA, PATH-IYCN, PAM, UNICEF), a défini et mis en œuvre un paquet de services visant à intégrer la composante nutrition dans les programmes VIH. A ce jour ce paquet, est pratiqué et documenté par les prestataires de soins d'environ 602 structures sanitaires (*Rapport PNN, 2017*). Pour rappel le paquet de la Prise en Charge Nutritionnelle Ambulatoire des personnes vivant ou affectées par le VIH (PECNAP) comprend : l'évaluation nutritionnelle, le conseil nutritionnel, la prise en charge nutritionnelle avec prescription ou non de Produits Alimentaires Spécialisés (PAS) et le lien avec la communauté pour garantir le continuum de soins.

Dans le même temps, le Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MSFFE), a priorisé le renforcement des capacités des centres sociaux dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition afin d'offrir un soutien de qualité aux bénéficiaires. Le centre social, structure opérationnelle du Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et de l'Enfant (MSFFE) et du Ministère d'Etat,

Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP), est au centre de la principale stratégie de soins et soutien aux OEV et leurs familles mise en place par le Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV) : la plateforme de collaboration. A ce jour, 36 /44 complexes socio-éducatifs 40 sur 89 centres sociaux, 130 ont intégré les activités de nutrition.

Aussi, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans le secteur de la santé, portant sur (i) la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ; (ii) la réforme hospitalière ; (iii) le financement basé sur la performance ; (iv) la décentralisation ; (v) l'organisation des interventions à base communautaire ; (vi) l'organisation des urgences, de la référence/contre référence ; (vii) la couverture sanitaire universelle (CSU) (PSN, 2016).

Ces stratégies visent l'accessibilité des populations à une offre de services et de soins de qualité, particulièrement les populations vulnérables et cela dans le respect de la pyramide sanitaire (PSN, 2016).

Les études réalisées en Côte d'Ivoire en 2014 respectivement par le PNLS et l'USAID et par le PLS/PHV et l'ENSEA ont mis en évidence de nombreux facteurs de risque multi-systémiques associés à la perte de vue des patients dans la population générale et les déterminants de la rétention parmi les Professionnels du Sexe (MSP/PNLS/PLS-PHV/ENSEA). On relève parmi ces facteurs et ces déterminant, la faible collaboration avec les acteurs communautaires et le dysfonctionnement du système de référence et de contre référence.

Depuis leur lancement à la 20^e Conférence Internationale sur le sida à Melbourne en 2014, les objectifs 90–90–90 sont devenus un pilier central de la quête mondiale pour mettre fin à l'épidémie de sida : A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale (CV) durablement supprimée. Elles visent prioritairement à améliorer l'engagement l'adhérence et la rétention des patients dans les soins. Ainsi, la nutrition a été identifiée comme une porte d'entrée potentielle pour contribuer à adresser ces orientations. Pour ce faire, l'offre de soin et soutien nutritionnels a été renforcée au niveau des points de contact aussi bien au niveau sanitaire, social que communautaire.

De plus, dans le contexte actuel de l'élimination de l'infection à VIH avec l'approche « Tester et Traiter » depuis Février 2017, l'un des principaux défis sera d'assurer la rétention d'un nombre plus important de patients symptomatiques ou non dans les soins.

Ainsi, la collaboration entre les structures de santé, les structures sociales et les organisations communautaires à travers des liens fonctionnels, devient dès lors une stratégie indispensable pour permettre d'améliorer la rétention des clients dans les soins.

Cependant, bien que des liens parcellaires existent entre certaines entités, il n'existe pas de cadre formel définissant la collaboration entre elles. Pour aider à rendre fonctionnel la collaboration entre les trois (3) entités, le PNN, le PNLS et le PNOEV en collaboration avec FANTA ont initié un processus visant à renforcer les liens dans 9 districts sanitaires.

3 But

Ce document décrit un mécanisme de RDL qui vise à inspirer tout acteur impliqué dans la prise en charge holistique des personnes vivant ou affectées par le VIH en fonction de son domaine d'intervention pour améliorer le continuum de soins.

4 Objectifs

Documenter les résultats, les leçons apprises et les bonnes pratiques issues de la mise en œuvre du processus de renforcement des liens entre les structures sanitaires, sociales et communautaires dans 9 districts sanitaires de Côte d'Ivoire (11 structures de santé, 8 centres sociaux et 15 ONG locales).

Plus spécifiquement il s'agit de :

- Présenter le cadre conceptuel de mise en œuvre du renforcement des liens entre les structures sanitaires, sociales et la communauté ;
- Décrire les interventions du processus de RDL entre les structures sanitaires, sociales et la communauté ;
- Présenter les résultats de la mise en œuvre du processus de RDL ;
- Décrire les leçons apprises et pratiques prometteuses issues de la mise œuvre du processus de RDL.

5 Cadre conceptuel de mise en œuvre du processus de renforcement des liens entre les structures sanitaires, sociales et la communauté

Dans le cadre de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, les soins et soutien nutritionnels contribuent à accroître l'engagement, l'adhérence et la rétention des patients dans les soins. Ainsi, l'intégration des soins et soutien nutritionnels dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH a nécessité plusieurs interventions dont le renforcement des capacités, le suivi et l'évaluation des activités de nutrition et l'établissement de liens avec la communauté pour garantir le continuum des soins.

A cette fin, le renforcement des liens entre les structures sanitaires, sociales et communautaires est une voie obligatoire. C'est tout le sens du modèle qui établit les liens entre les structures sanitaires, sociales et communautaires est conçu à partir de :

- L'identification/définition de systèmes de prise en charge pour assurer les liens entre les différents services au sein d'une même structure
- L'identification/définition de liens opérationnels minima nécessaires entre les structures de santé les centres sociaux et les communautés
- L'identification/définition de mécanismes de communication pour assurer les liens entre les différents acteurs
- L'identification/définition d'outils adéquats pour assurer les liens aux différents niveaux de prise en charge.

Ce cadre est présenté dans le schéma ci-dessous :

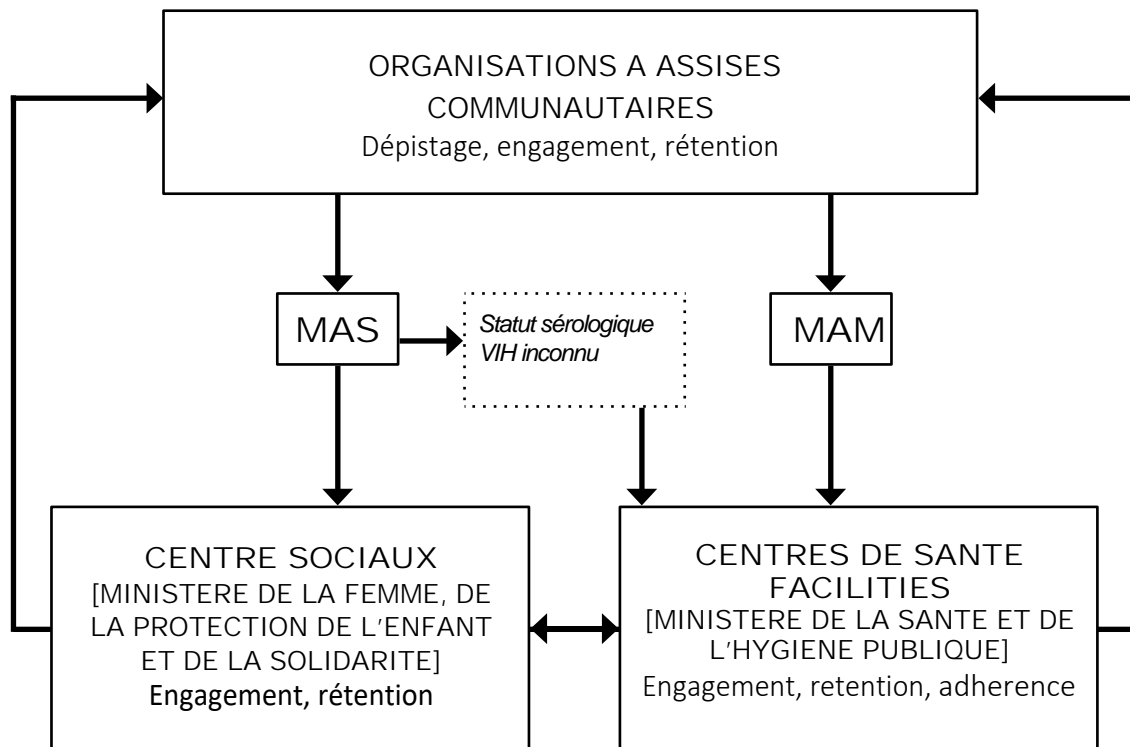


Figure 1 : Cadre conceptuel du renforcement des liens (FANTA CI, 2016)

Le cadre conceptuel du RDL reconnaît le rôle catalyseur du centre social comme :

- Interface directe avec les structures communautaires
- Formateur et superviseur des intervenants et travailleurs sociaux
- Lieu de référence et d'orientation pour la communauté
- Pourvoyeurs de services de soins et soutien nutritionnels et psycho-sociaux
- Potentiel soutien et référence aux structures sanitaires

Les groupes prioritaires selon les lieux d'intervention sont les suivants :

Enfants exposés ou infectés par le VIH (0-18 ans)

- Communauté : OBC, OAC, FFARN
- Centres sociaux : plateformes
- Structures sanitaires : PTME, PECP, UNTA, UNT, UNS

Femmes enceintes, Femmes allaitantes séropositives

- Communauté : OBC, OAC, FFARN
- Centres sociaux : plateformes
- Structures sanitaires : PTME, PEC ARV, UNTA, UNT, UNS

Adultes vivant avec le VIH

- Communauté : OBC, OAC, FFARN
- Centres sociaux : plateformes
- Structures sanitaires : PEC ARV, UNTA, UNT, UNS

6 Mise en œuvre du processus de RDL

Le processus de RDL entre le secteur santé, social et communautaire en vue d'une meilleure prise en charge des patients infectés ou affectés par le VIH/sida a nécessité la réalisation de plusieurs activités aussi bien au niveau central qu'opérationnel.

6.1 Activités réalisées

Au niveau central

Les étapes réalisées par le niveau central ont permis d'aboutir à la mise en place d'un cadre de coordination pour le RDL. Elles sont décrites en fonction des domaines du plan de renforcement des liens.

Coordination

Elaboration d'une note conceptuelle

Sous le lead du PNN en collaboration avec le PNLS et le PNOEV avec l'appui de FHI 360/FANTA, une note conceptuelle définissant les stratégies et décrivant les activités pour améliorer les liens entre les différentes entités a été élaborée en Aout 2014.

Définition d'une matrice intégrée de collaboration/liens fonctionnels entre les liens (Atelier de réflexion sur le RDL). Dans le but d'opérationnaliser la note conceptuelle, un atelier a été organisé du 25 au 27 août 2014 à Agboville sous le leadership du PNN-PNOEV-PNLS. Il a regroupé 36 participants dont : 02 Directeurs Régionaux de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP), 03 Directeurs de District de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP) à savoir les DDSHP de Bouaké, Oumé, et Abidjan (Koumassi et Treichville-Marcory), 04 centres sociaux, 05 prestataires de santé, 09 partenaires de mise en œuvre cliniques et communautaires du PEPFAR. L'atelier a permis de (i) décrire le rôle et les activités de chaque entité dans la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH ; (ii) identifier les raisons de l'insuffisance de collaboration/liens fonctionnels entre les entités et enfin de proposer une matrice intégrée de collaboration entre les acteurs des trois entités pour une prise en charge holistique des personnes vivant ou affectées par le VIH.

Elaboration des plans d'action conjoints

Les plans d'action conjoints ont été élaborés à partir du plan d'action modèle issu de l'atelier d'Agboville (Août, 2014). Ils ont été adaptés par chaque équipe locales du RDL des districts concernés en fonction de leurs réalités et des ressources disponibles. Des missions de sensibilisation organisées de mars à juin 2015 par le MSHP (PNLS, PNN) en collaboration avec le MPFFPE (PNOEV), avec l'appui technique de FHI 360/FANTA III ont permis de finaliser les plans conjoints de 08 districts sanitaires. Tout comme le plan modèle, il comprend 5 domaines qui sont : (i) la communication, (ii) le système de référence et contre référence ; (iii) le renforcement des capacités, (iv) la coordination et (v) le suivi et l'évaluation.

Suivi - Evaluation

Mise en place d'un mécanisme de suivi du processus de RDL

Ce mécanisme a été élaboré tant pour le suivi des recommandations de l'atelier de réflexion d'Agboville d'aout 2014 que pour le suivi de la mise en œuvre des plans conjoints. Il a pour objectif de s'assurer de l'opérationnalité du renforcement des liens entre les structures sanitaires, les centres sociaux et la communauté. Ce dispositif est constitué des acteurs issus des 3 entités (les points focaux par entités des districts sanitaires concernés), des équipes restreintes de suivi au niveau central (PNN, PNLS, PNOEV). Toutefois, ce mécanisme a nécessité des relations fonctionnelles (réunions de coordination entre point

focaux) entre les équipes et au sein des équipes ainsi que la mise à disposition d'outils nécessaires pour le suivi.

Suivi de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL

Ce suivi s'est fait à travers :

- des réunions de coordination entre les acteurs du niveau central (Programmes centraux, PMO, PEPFAR, partenaires internationaux...)
- des appels téléphoniques auprès des points focaux du RDL des 3 entités dans chaque district.

Atelier bilan du processus de RDL en juin 2017

L'atelier bilan a vu la participation des acteurs nationaux, des PMO cliniques et communautaires. Il a permis de :

- valider le registre de suivi des références et contre références ;
- harmoniser les fiches de référence et contre référence ;
- définir des stratégies d'appropriation et de pérennisation du processus de RDL.

Au niveau décentralisé

Une des recommandations fortes de l'atelier de réflexion était l'élaboration et/ou la finalisation par les 9 districts sanitaires ciblés, des plans conjoints de RDL contextualisés sur la base du plan modèle. Ainsi plusieurs activités sur le terrain par domaines du plan de RDL ont permis de faire le suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces plans.

Coordination

Missions de sensibilisation (15 mars au 26 juin 2015)

Des missions de sensibilisation ont été réalisées à l'endroit des acteurs issus des districts n'ayant pas participé à l'atelier de réflexion (Abobo Est, Abengourou, Issia et San Pédro). Ces missions ont permis de sensibiliser toutes les parties prenantes dans la prise en charge des personnes vivant ou affectées par le VIH sur l'importance des liens entre les 3 entités (sanitaire, sociale et communautaire). Elles ont permis également de faire la restitution de l'atelier d'Agboville et enfin d'élaborer des plans conjoints à partir du plan modèle.

Ateliers de coordination et Visites de suivi évaluation conjointes (13 mai au 24 juin 2016)

a) Atelier de coordination

Huit ateliers de coordination ont été organisés dans chacun des districts sanitaires impliqués dans le processus et ont regroupé les personnes ressources aussi bien du niveau central que celles du niveau décentralisé. Ces ateliers ont permis de (i) réviser les plans conjoints en prenant en compte les spécificités de chaque localité, (ii) présenter le registre de suivi des références, les procédures d'utilisation et de gestion ainsi que le mode de remplissage. Ainsi, 47 exemplaires du registre de suivi des références ont été mis à la disposition des 11 structures de santé, 8 centres sociaux et 15 ONG locales pour une phase de pré test d'une période de 3 mois. Enfin, un point focal du RDL par entité (structure/organisation et district) a été désigné.

b) Visites de suivi-évaluation

Visites de suivi conjointes (PNN, PNOEV et PNLs))

Ces visites de suivi ont concerné dans un premier temps les acteurs des 05 districts sanitaires (Bouaké, Oumé, Dabou, Koumassi et Treichville-Marcory) présents à l'atelier de réflexion et dans un second temps tous les districts impliqués dans le processus. Ce suivi a permis d'apprécier le niveau de mise en œuvre des plans conjoints.

Atelier bilan du processus de RDL (09 au 10 mars 2017)

Après 3 années de mise en œuvre, les résultats du processus de RDL ont été présentés aux directeurs régionaux et départementaux de la santé ainsi qu'aux directeurs des centres sociaux des régions et districts impliqués dans ledit processus. Cet atelier a aussi permis de partager les bonnes pratiques et leçons apprises issues de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL et de proposer des stratégies pour le passage à échelle.

6.2 Acteurs

Au niveau de chaque entité, un point focal pour le RDL a été désigné.

Au niveau national

Ce sont pour les programmes nationaux : PNLs, PNN et PNOEV ; Pour les partenaires : PEPFAR, FHI 360 et STC.

Ces acteurs avaient essentiellement pour rôle d'assurer la coordination du processus du RDL et faciliter la mise en œuvre des plans conjoints de RDL.

De façon plus spécifique leur rôle consistait à :

- Coordonner toutes les activités du renforcement des liens ;
- Effectuer des visites de terrain pour apprécier le niveau de réalisation des plans conjoints des districts sanitaires et des centres sociaux sur le renforcement des liens ;
- Etablir un contact régulier (téléphonique, mails) avec les points focaux du RDL au niveau décentralisé ;
- Faciliter la coordination au niveau décentralisé ;
- Identifier les besoins des districts sanitaires, des centres sociaux et de la communauté pour une mise en œuvre effective des activités des plans conjoints de RDL ;
- Assurer le renforcement des capacités du personnel impliqué dans les activités relatives au renforcement des liens au niveau des districts sanitaires, des centres sociaux et de la communauté ;
- Collecter les données et autres informations relatives au renforcement des liens auprès de la coordination au niveau décentralisée, et fournir la retro-information ;
- Veiller à la mise à disposition des outils et matériels pouvant servir aux activités de renforcement des liens ;
- S'assurer de l'intégration effective des activités sur le renforcement des liens dans les plans d'action des districts sanitaires, des centres sociaux et des ONG communautaires.

Au niveau opérationnel

En plus du point focal du RDL des structures par entité, les acteurs suivants étaient impliqués :

- Les travailleurs communautaires des OBC/OAC
- Les directeurs et les chefs de complexe socio-éducatifs, les intervenants sociaux des centres sociaux
- Les directeurs et les membres de l'ECD des districts sanitaires
- Les directeurs régionaux du MEMEASFP et du MSFFE, les directeurs régionaux du MSHP, les SAS régionaux
- Les prestataires de santé y compris le point focal nutrition, les travailleurs communautaires des structures ayant intégré les soins et soutien dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (sites PECNAP).

Parmi ceux-ci un leader a été identifié faisant office de point focal du RDL par district.

Le rôle des acteurs du niveau opérationnel était de :

- Etablir un contact régulier avec les districts sanitaires, les centres sociaux et les ONG communautaires pour le suivi rapproché des activités sur le renforcement des liens ;
- Assurer le fonctionnement du système de référence et de contre référence ;
- Faire le suivi de la mise en œuvre des activités du renforcement des liens
- Rendre disponible les outils et matériels pouvant servir aux activités de renforcement des liens ;
- Faire un suivi auprès des autorités pour la prise en compte des activités du renforcement des liens lors des planifications mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles
- S'assurer de l'intégration des activités sur le renforcement des liens dans les plans d'action des districts sanitaires, des centres sociaux et des ONG communautaires ;
- Faire la collecte des données des références et contre références des personnes vivant ou affectées par le VIH dans les différentes structures
- Compiler les données collectées et élaborer un rapport trimestriel sur le renforcement des liens ;
- Transmettre au niveau central le rapport conjoint sur le RDL ;
- Faire un plaidoyer auprès des PMO du niveau régional pour un appui technique et financier des activités du RDL.

6.3 Ressources matérielles et financières

La disponibilité des ressources matérielles et financières occupe une place de choix dans la mise en œuvre de tout processus dans le souci de l'atteinte des résultats. Il est primordial dès la conception du plan d'action d'identifier les ressources et besoins des acteurs.

Les ressources matérielles suivantes ont été rendues disponibles.

Au niveau central

- Outils de suivi de la mise en œuvre des plans conjoints

L'outil de suivi a été élaboré par FANTA à partir des activités identifiées par domaines du plan conjoint de RDL. Des rubriques à renseigner y ont été ajoutés ; ce sont : l'état de réalisation, les difficultés rencontrées / contraintes et les bonnes pratiques. Ainsi 08 canevas de suivi des plans conjoints de RDL ont été renseignés par les sites concernés puis partagés par la suite à FANTA.

Au niveau opérationnel

- Fiches de référence et de contre référence ;
- Registre de suivi des références et des contres référence ;
- Circulaires, guides, directives en rapport avec la prise en charge holistique des personnes vivant ou affectées par le VIH ;
- Plan modèle de RDL entre les différentes structures (voir annexe 4).

Les ressources financières pour la mise en œuvre des activités provenaient essentiellement de fonds propres et /ou budget de l'état de la structure.

7 Résultats

Les principaux résultats de la mise en œuvre du processus de RDL sont synthétisés de la façon suivante.

7.1 Disponibilité d'un plan modèle de RDL éprouvé

Ce plan modèle comprend 5 domaines : (i) la communication, (ii) le système de référence et contre référence ; (iii) le renforcement des capacités, (iv) la coordination et (v) le suivi et l'évaluation. Il a été conçu à partir des insuffisances relevées au niveau de la fonctionnalité des liens entre les trois entités. Ces insuffisances sont entre autres : l'absence de participation des acteurs communautaire aux réunions de l'équipe cadre de district, l'insuffisance de diffusion des activités des centres sociaux et l'absence de renforcement des capacités des relais communautaires pour une meilleure perception du travail social dans la communauté; l'absence de contre références du secteur santé en direction du secteur social et l'insuffisance d'implication des acteurs communautaires par les acteurs de santé dans la prise en charge des patients.

7.2 Niveau de réalisation relativement moyen des recommandations de l'atelier de réflexion sur le processus de RDL

La mise en œuvre des recommandations formulées à l'endroit des différentes entités aussi bien du niveau central que du niveau décentralisé, était un préalable à l'effectivité du processus de RDL.

De façon détaillée les tableaux suivants présentent niveau de réalisation des recommandations par entité.

Tableau I : Statut des recommandations adressées aux Programmes, Août - décembre 2014 (Annexes 01 : liste des programmes)

| Recommandations | Statut |
|---|--------------|
| Communiquer sur le paquet d'activités de la PECNAP | Réalisée |
| Partager la cartographie des plateformes OEV | Réalisée |
| Renforcer les capacités de tous les acteurs (Nutrition, prise en charge des OEV, système de référence et contre référence) | Non réalisée |
| Rendre disponible les indicateurs sur la référence et la contre référence et les intégrer dans le système de suivi et évaluation en place | Non réalisée |
| Rendre disponible les outils pour la référence et la contre référence | Non réalisée |

Au total sur 5 recommandations 2 ont été adressées.

Tableau II : Statut des recommandations adressées aux Districts Sanitaires, Août - décembre 2014 (Annexe 02 : liste des districts sanitaires)

| Recommandations | Statut |
|--|----------------|
| Participer effectivement aux réunions des plateformes et faire la restitution. | Réalisée : 1/5 |
| Coordonner les interventions en santé en utilisant les ressources disponibles (Les communautaires, centres sociaux) pour atteindre ces objectifs. | Non réalisée |
| Rendre disponible les textes administratifs retraçant les liens entre le secteur social et santé. | Non réalisée |
| Redynamiser le cadre d'échanges et de collaboration avec les communautaires (COGES etc...). | Non réalisée |
| Mettre à l'ordre du jour des réunions de plateformes de collaboration sur la qualité de l'analyse des données de référence et de contre référence. | Réalisée : 1/5 |
| Faire le suivi de la mise en œuvre du plan d'action conjoint | Non réalisée |

Au total sur 6 recommandations seulement 2 ont été partiellement adressées.

Tableau III : Statut des recommandations adressées aux Structures sociales, Août - décembre 2014 (Annexes 02 : liste des centres sociaux)

| Recommandations | Statut |
|--|----------------|
| Participer effectivement aux réunions de l'équipe cadre de district. | Réalisée |
| Restituer les informations des réunions de l'équipe cadre de district. | Réalisée : 5/6 |
| Accompagner les communautaires dans leurs activités. | Réalisée : 4/6 |
| Intensifier la promotion des services sociaux en direction des prestataires de santé. | Réalisée : 1/6 |
| Rendre disponible les outils pour la référence et la contre référence | Réalisée : 5/6 |
| Suivre régulièrement les cas référés. | Réalisée |
| Mettre à l'ordre du jour des réunions la qualité de l'analyse des données de référence et de contre référence. | Réalisée : 5/6 |
| Faire le suivi de la mise en œuvre du plan d'action. | Non réalisée |

Au total sur 8 recommandations seulement 2 ont été totalement adressées. 3 ont un niveau de réalisation de plus de 80 % et 1 a un taux de réalisation de plus de 60%.

Tableau IV : Statut des recommandations adressées aux structures communautaires, Août - décembre 2014 (Annexes 02 : liste des structures communautaires)

| Recommandations | Statut |
|---|----------------|
| Participer effectivement aux réunions de l'équipe cadre de district. | Réalisée |
| Restituer les informations des réunions de l'équipe cadre de district. | Réalisée : 5/6 |
| Accompagner les communautaires dans leurs activités. | Réalisée : 4/6 |
| Intensifier la promotion des services sociaux en direction des prestataires de santé. | Réalisée : 1/6 |
| Rendre disponible les outils pour la référence et la contre référence | Réalisée : 5/6 |

| | |
|--|----------------|
| Suivre régulièrement les cas référés. | Réalisée |
| Mettre à l'ordre du jour des réunions la qualité de l'analyse des données de référence et de contre référence. | Réalisée : 5/6 |
| Faire le suivi de la mise en œuvre du plan d'action. | Non réalisée |

Au total sur 8 recommandations, 2 ont été totalement adressées, 3 adressées à plus de 80 %, 1 adressée à plus de 60 %.

7.3 Bon niveau de réalisation de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL

Niveau de réalisation acceptable par district pour la période de juin 2016 à mars 2017

Le niveau de réalisation des plans conjoints de RDL est globalement d'environ 60 % pour l'ensemble des 8 districts ayant présenté leurs activités à l'occasion de l'atelier de partage d'expériences du processus de RDL, organisé les 09 et 10 mars 2017 à Yamoussoukro. L'objectif de cette activité était de partager les expériences de la mise en œuvre du processus de RDL aux directeurs régionaux, départementaux de la santé et les directeurs des centres sociaux. L'atelier a regroupé, 11 représentants du niveau central (PNN, PNLS, FHI 360, URC), 8 Directeurs Régionaux de la Santé et de l'Hygiène Publique, 9 Directeurs Départementaux de la santé et de l'hygiène publique, 8 Directeurs de centre social et 24 points focaux du RDL représentant l'équipe de coordination des 3 entités au niveau décentralisé. L'activité a permis à chaque district de présenter le niveau de mise en œuvre de son plan conjoint. Ainsi l'évaluation du niveau de mise œuvre des activités du plan conjoint, a permis aux districts ayant un faible niveau de réalisation de réviser leur plan en prenant en compte les insuffisances issues de l'analyse. Ceux ayant un bon niveau de mise en œuvre étaient ont procédé à une replanification des activités. La figure ci-dessous présente le taux de réalisation desdits plans par district.

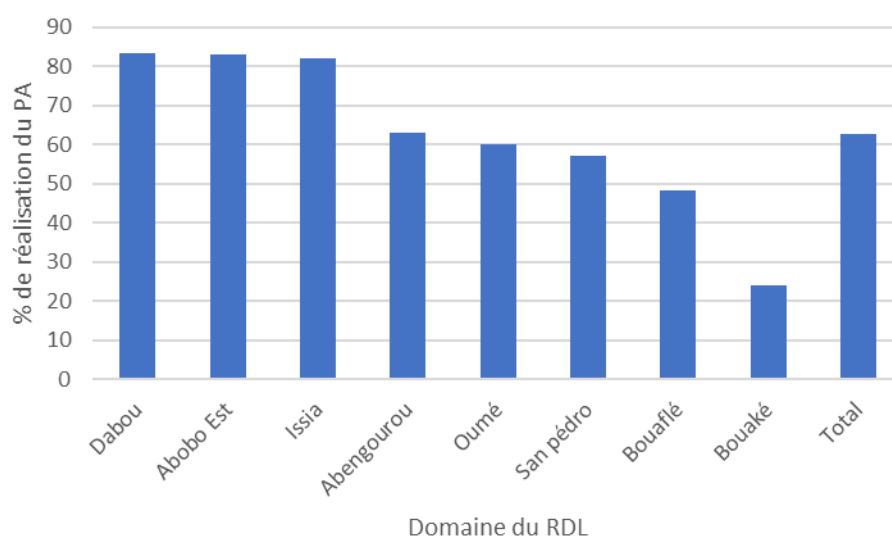


Figure 3 : Niveau de réalisation des activités du plan d'action conjoint de RDL par districts

Source : Rapport de l'atelier de suivi du processus de RDL du 09 au 10 mars 2017

Sur l'ensemble des 8 plans conjoints 3 plans (districts : Abobo Est, Dabou, et Issia) ont atteint un niveau de réalisation des activités du plan conjoint de plus de 80% ; 3 plans (Abengourou, Oumé, San Pedro.)

ont des taux de réalisation de 50 à 60 %. Les 2 districts de Bouaké présentent le taux de réalisation le plus bas avec un peu moins du 1/4 (24%) des activités du plan conjoint réalisées.

Niveau de réalisation acceptable par domaine des plans conjoints

L'analyse du suivi de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL sur la période de juin 2016 à mars 2017 a également porté sur le niveau de réalisation par domaine des plans conjoints. La figure ci-dessous montre le niveau de réalisation des plans conjoints par domaine.

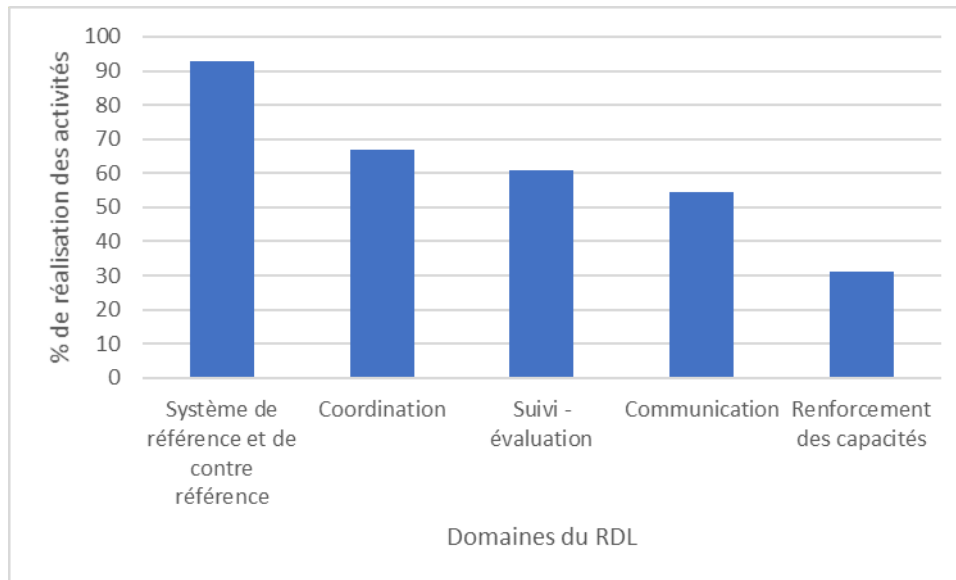


Figure 4 : Niveau de réalisation par domaine des plans conjoints

Source : Rapport de l'atelier de suivi du processus de RDL du 09 au 10 mars 2017

Sur les 5 domaines des plans conjoints, 80% des activités du domaine portant sur le système de référence et de contre référence ont été réalisées. Les domaines de coordination, suivi et évaluation, et communication ont enregistré, des taux de réalisation de 55 à 65%. Des insuffisances sont constatées dans la mise en œuvre du domaine sur le renforcement des capacités (30%).

Niveau de réalisation moyen pour la période d'avril à juin 2017

A la suite de l'atelier bilan de mars 2017, un suivi trimestriel a été mené dans le but d'évaluer le niveau de mise en œuvre des activités de ces plans conjoints. En effet, chaque équipe de coordination régionale du RDL a reçu un canevas de suivi des plans conjoints. Ainsi 08 canevas de suivi des plans conjoints de RDL ont été renseignés et partagés à FANTA. Ces plans ont permis de faciliter le système de référence et contre référence à travers la prise en charge précoce des problèmes de santé, la contribution à l'amélioration de la rétention des patients dans les soins à partir de la recherche active des perdus de vue.

Les résultats ci-dessous présentent le taux de réalisation desdits plans par district et le niveau de réalisation des activités des plans conjoints par domaine durant la période d'avril à juin 2017.

La figure ci-dessous présente le niveau de réalisation des activités par district sur la période de avril à juin 2017.

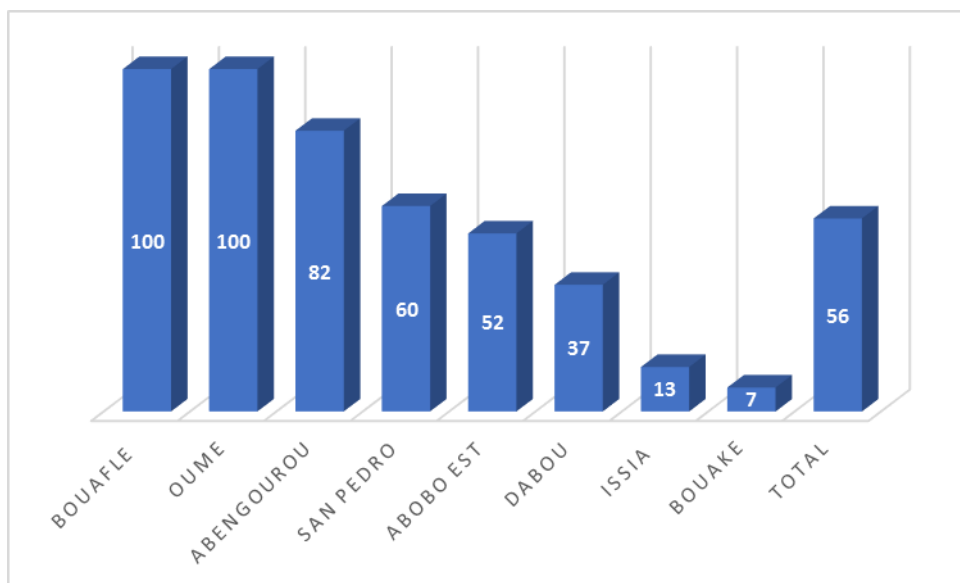


Figure 5 : Niveau de réalisation des activités du plan conjoint par district

Source : Rapport d'analyse du niveau de réalisation des activités des plans conjoints de RDL d'avril à juin 2017

Le taux moyen de réalisation des activités du plan conjoint de RDL pour les 8 régions est de 56 %. Cinq districts ont un taux de réalisation de plus de 50%. Sur l'ensemble des 8 plans conjoints, 3 plans (Abengourou, Bouafilé, et Oumé) ont atteint un niveau de réalisation des activités du plan conjoint de plus de 80%. Cependant les districts de Bouaké présentent un taux de réalisation faible (7% des activités réalisées).

La figure 6 montre le niveau des activités par domaine réalisées par l'ensemble des districts sur la période de mars à juin 2017.

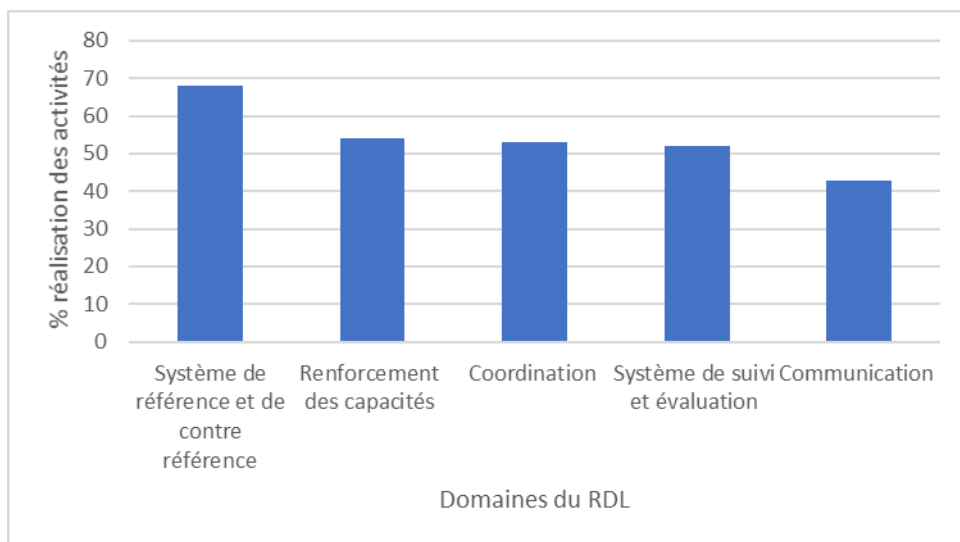


Figure 6 : Niveau de réalisation des activités des plans par domaine

Source : Rapport d'analyse du niveau de réalisation des activités des plans conjoints de RDL mars à juin 2017

Dans l'ensemble, tous les domaines du RDL ont été adressés dans la mise en œuvre sur cette période. En effet, hormis le domaine de la communication, un taux moyen de réalisation de plus de 50% est constaté dans la mise en œuvre des quatre autres domaines.

Le domaine d'activités le plus réalisés est celui du système de référence et de contre référence (plus de 69%).

Légère baisse des résultats de la mise en œuvre des plans entre 2016 et 2017

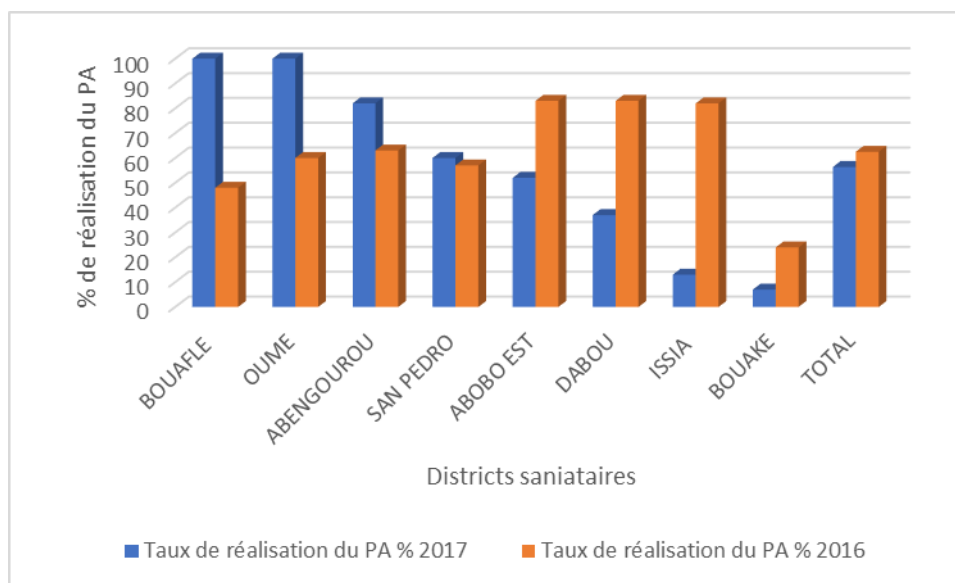


Figure 7 : Niveau de réalisation des activités des plans de 2016 et de 2017 par district

Source : Rapport d'analyse du niveau de réalisation des activités des plans conjoints de RDL mars à juin 2017

Dans l'ensemble, l'on observe une légère baisse (63 à 56 %) dans la mise en œuvre du plan de RDL de juin 2017 par rapport au plan de 2016. Cette situation pourrait s'expliquer par la différence de durée de mise en œuvre entre les deux plans car le premier plan a un an de mise en œuvre tandis que l'autre n'a que six mois.

Au niveau du taux de réalisation des activités du plan d'action conjoint de RDL par district, l'analyse comparative des résultats de mai 2016 à mars 2017 et ceux d'avril à juin 2017 montrent une régression au niveau des districts de Issia, Dabou et d'Abobo Est qui sont passés de plus de 80 % en 2016 à respectivement 13%, 37% et 52% en juin 2017. Le district de Bouaké continue de chuter en passant de 24% de taux de réalisation à 7 %.

La bonne performance des districts de Bouaflé et d'Oumé (100%) s'expliquerait par l'implication des autorités locales (Directeur régional et Directrice du centre social) dans la planification et dans la mise en œuvre des plans et cela suite à leur participation à l'atelier de partage d'expérience sur le RDL. De plus, il faut souligner le bon fonctionnement des équipes de coordination de RDL de ces districts. Cependant, pour le district de Bouaké le manque de leadership au niveau local et le dysfonctionnement de l'équipe de coordination de RDL pourraient être les raisons du faible taux de réalisation du plan conjoint.

Par ailleurs, la comparaison des résultats au niveau du taux de réalisation des activités des plans conjoints par domaine indique que les activités du domaine du système de référence et de contre référence demeurent les plus réalisées (plus de 70%). Par rapport au précédent plan, le domaine portant

sur le renforcement des capacités a connu une baisse de son taux de réalisation. Enfin pour les autres domaines le taux de réalisation est resté stable d'une année à une autre.

7.4 Utilisation satisfaisante du registre de suivi des références et contre référence

Dans le souci de pallier aux insuffisances dans la traçabilité des liens entre les entités, un registre de suivi des références et contre-référence a été élaboré avec l'ensemble des acteurs clés. Son élaboration s'est faite en plusieurs étapes : (i) élaboration d'un draft, (ii) période de test de l'utilisation de l'outil pendant 3 mois dans 31 structures (9 structures de santé, 7 centres sociaux, 15 ONG), (iii) analyse des retours de terrain, (iv) validation du registre par toutes les parties prenantes.

Résultats positifs de l'utilisation du registre (mars 2016 à mars 2017)

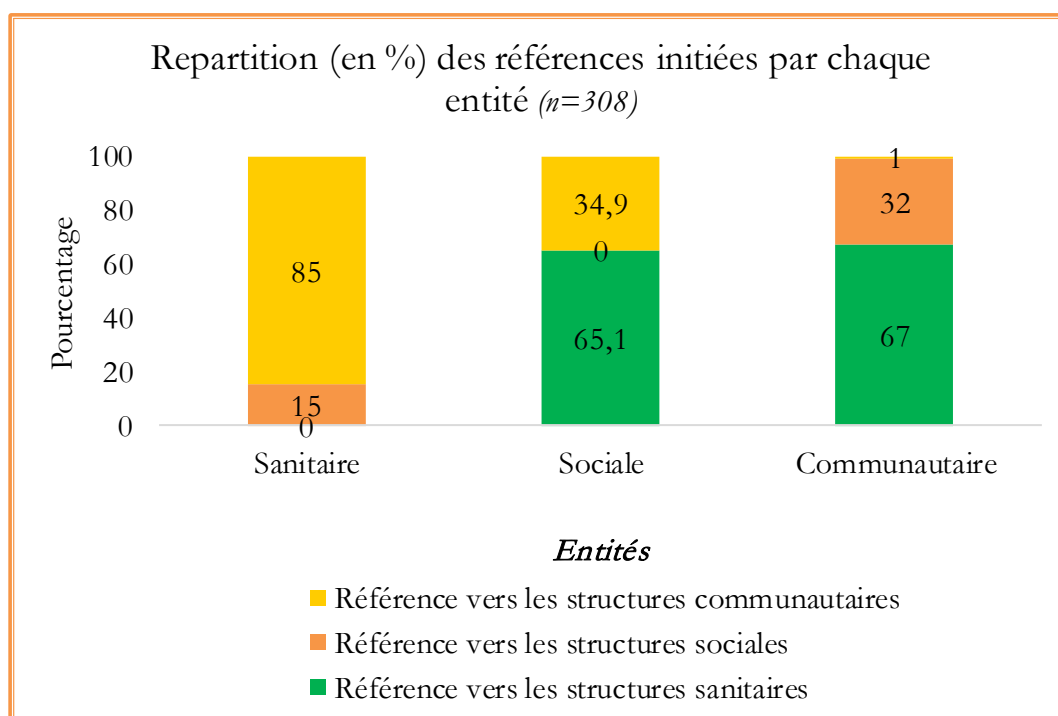


Figure 8 : Répartition des références initiées par chaque entité

Source : Rapport de suivi sur l'utilisation du registre de suivi des références et des contre références pendant la phase de prétest, mars 2017

Durant la phase d'utilisation du registre, des références ont été initiées par chaque entité. Il ressort de l'analyse des données que les références se font aussi bien de façon ascendante que descendante. En effet, la référence ascendante c'est-à-dire du secteur communautaire et social vers le secteur santé s'est faite respectivement dans 65% et 67% des cas et la référence descendante majoritairement du secteur santé vers le secteur communautaire dans 85% des cas.

7.5 Ecart important entre les références initiées et contre référence parvenues par entités

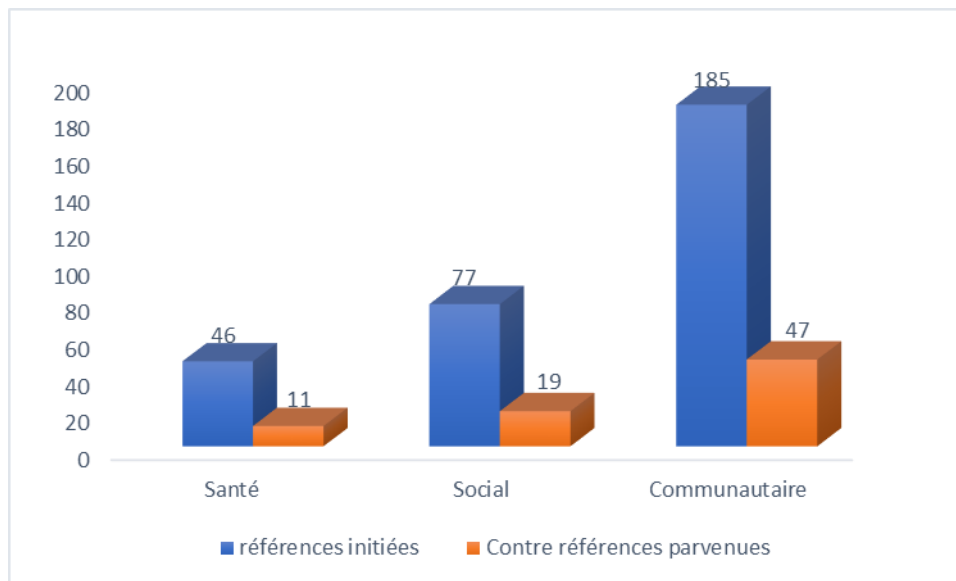


Figure 9 : Nombre de référence initiées et de nombre de contre référence parvenues

Source : Rapport de l'atelier de suivi du processus de RDL du 09 au 10 mars 2017

L'analyse des données issues de l'utilisation du registre montrent l'existence d'écart entre les référence et les contre références quelles que soient les entités. Il est plus prononcé au niveau du secteur communautaire. Ces données montrent aussi que la majorité des références sont initiées par les ONG communautaires, cependant celles-ci ne reçoivent pas toutes les contres références des autres entités.

7.6 Présentation et analyse des résultats de la contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires pour accroître l'engagement, janvier à décembre 2017

L'intégration des Soins et Soutien Nutritionnels (SSN) dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH s'est fait à travers la mise en œuvre des services de nutrition dans les sites au niveau sanitaire social et communautaire. Ceci permettant une offre de SSN de qualité avec un dépistage précoce de la malnutrition. Le lien entre la malnutrition et l'infection à VIH n'étant plus à démontrer et aussi dans le souci d'enrôler dans les soins un plus grand nombre de patients infectés par le VIH, un accent tout particulier a été mis sur l'importance de la référence des patients malnutris pour le dépistage du VIH et aussi pour le suivi de ceux qui sont traitement antirétroviral au cours des formations/coaching des prestataires de soins. Ainsi, les liens entre les entités et au sein même des entités doivent être fonctionnel afin d'adresser ces issues. C'est toute l'importance que revêt le processus de renforcement des liens. Les structures communautaires et sociales premiers points de contact du patient pour accéder aux soins sont habiletés à offrir des services de nutrition tels que le dépistage précoce de la malnutrition et référées les malnutris pour le dépistage de l'infection à VIH d'où leur contribution dans l'engagement. Aussi, assurent-elles le continuum de soins lors des visites à domicile et le suivi dans la communauté chez les personnes vivant avec le VIH et contribuent ainsi à améliorer l'adhérence et la rétention pour l'élimination du VIH.

Le graphique ci-dessous résume la cascade pour montrer la contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires à accroître l'engagement.

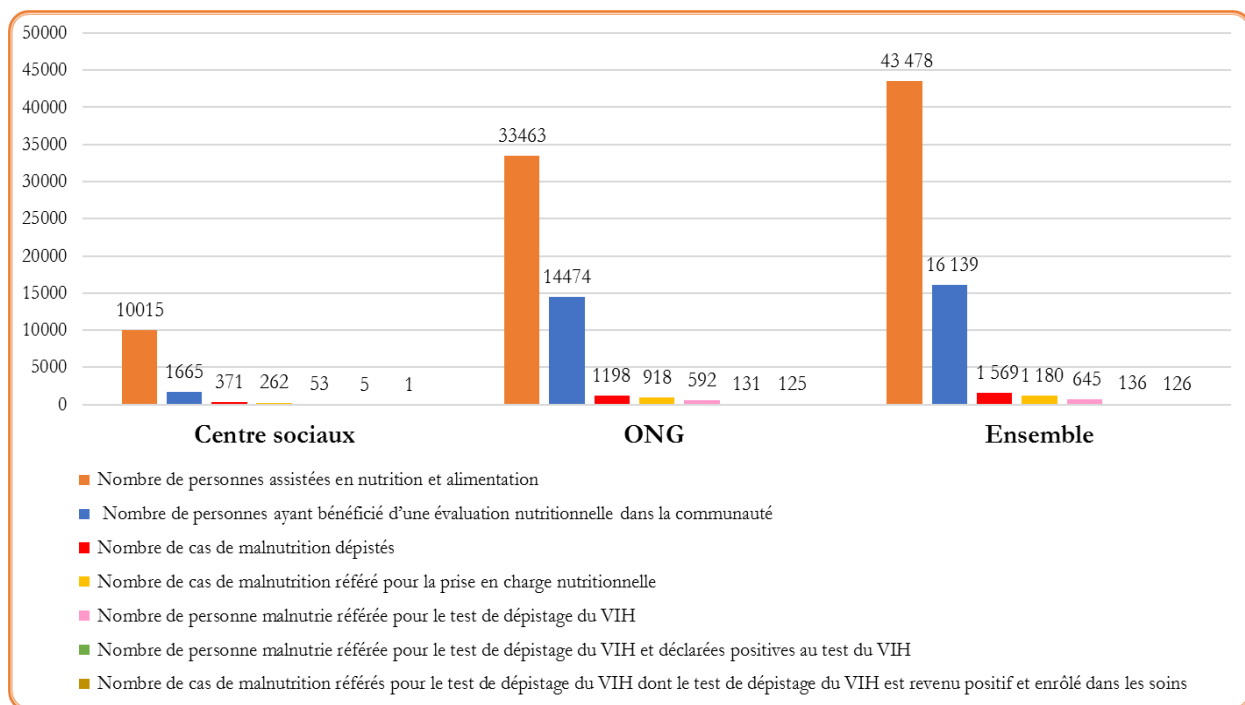


Figure 10 : Contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires à accroître l'engagement janvier à décembre 2017.

Source : Rapport de l'analyse des données pour montrer la contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires à accroître l'engagement (janvier à décembre 2017)

Durant l'année 2017, les structures communautaires et sociales ont évalué 16139 personnes dont 1569 (soit 9 %) ont été dépistées malnutries ; parmi celles-ci, 1180 (75 %) ont été référées vers les structures de santé pour une prise en charge nutritionnelle et 645 (41,1%) pour le dépistage du test VIH. A l'issue du test de dépistage, 136 soit 21% ont été déclarées positives au VIH et 126 (92,6%) ont été enrôlées dans les soins.

Par ailleurs, l'analyse des données par types de structure montre que contrairement aux centres sociaux, les ONG communautaires réfèrent moins les patients dépistés malnutris vers les structures de santé pour le dépistage du VIH.

7.7 Résultats sur la rétention des patients dans les soins

Afin d'apprécier la contribution de la fonctionnalité des liens entre les entités sur la rétention des patients dans les soins, les sites ont été sollicités pour le recueil des données sur le taux de rétention et le nombre de perdu de vue de 2014 à 2017. Ainsi des données obtenues de 7 structures de santé sur les 11, le taux de rétention est passé de 71% à 83% et le nombre de perdu de vue de 30 à 13 en 2017.

8 Bonnes pratiques et leçons apprises

A l'issue de la mise en œuvre de ce processus de Renforcement des Liens dans les districts ciblés, un certain nombre de bonnes pratiques et des leçons apprises ont été relevées, dont les résultats. Sont présentées ci-dessous dans deux sous chapitres distinctes. En premier lieu, les bonnes pratiques sont décrites ci-dessous.

8.1 Bonnes pratiques

Les bonnes pratiques identifiées pendant la mise en œuvre des activités de RDL sont résumées comme suit :

La bonne communication entre le service de santé et le centre social à travers la plateforme de collaboration : exemple du district sanitaire de San Pedro : cas de violence basée sur le genre

Les réunions de plateforme de collaboration sont organisées mensuellement sous le lead du centre social, également les réunions de l'Equipe Cadre de Direct (ECD) se tiennent mensuellement sous l'égide du district sanitaire. L'avènement du processus de RDL a favorisé la participation effective des entités du RDL aux réunions de plateforme et de l'ECD. En effet, la participation effective des acteurs de la santé aux réunions du secteur social permet de discuter des questions liées aux références et contre références. En effet, la participation des membres de l'ECD aux réunions de la plateforme de collaboration et inversement la présence des membres du centre social et des structures communautaires aux réunions de l'ECD permet de partager et d'analyser les informations, les rendez-vous manqués, les efforts de retour dans les soins et le devenir des patients à travers des rapports d'activités. Ces rencontres permettent ainsi de discuter des stratégies pour un suivi plus optimal des groupes prioritaires. Pour preuve, les échanges sur les cas de violence basée sur le genre pendant ces rencontres ont amélioré le suivi médical, juridique et social des victimes.

Le partage de la cartographie des interventions et des acteurs entre entités : Exemple du district sanitaire de Dabou (février 2018)

Le processus de RDL a permis aux équipes de coordination d'élaborer et de partager le paquet d'interventions de chaque entité ainsi que les acteurs clés. Pour le district sanitaire de Dabou, la bonne pratique est la reproduction et la diffusion du paquet officiel d'activités des centres de santé, du centre social et des organisations à base communautaire qui a été possible grâce au processus de RDL. En effet, pour sa mise en œuvre, une collecte des paquets officiels d'activités a été organisée par les points focaux par sites et par entités. Les paquets d'activités collectés ont ensuite été reproduits et diffusés par le point focal central aux responsables de site (Hospital Général de Dabou (HGD), Hospital Méthodiste de Dabou (HMD), centre social, les ONG Foi et Vie et Sel El Nyam Etchi).

L'organisation de supervisions intégrées par les équipes des trois entités : Exemple des districts sanitaires d'Abengourou et de Issia (Mai, 2018)

A travers le processus de RDL, des équipes de coordination au niveau décentralisé ont été mises en place. Ces équipes ont rendu possible l'organisation de supervision intégrées dans les districts sanitaires d'Abengourou et de Issia.

Cette activité a nécessité l'implication des établissements de soins, des établissements sociaux et des ONG communautaires. Une fiche de supervision conjointe du RDL (voir annexe 4) a été élaborée à cet effet. Egalement, à travers cette activité des réunions régulières ont été organisées afin d'analyser en

commun les données et de faire le suivi des plans d'action conjoints et trouver des ébauches de solutions aux problèmes identifiés.

La mise en œuvre de la référence active par le centre social et les ONG communautaires : Exemple du district sanitaire de Bouaké (décembre, 2017)

La référence active a consisté à faire accompagner par un prestataire de soins (assistant social, conseiller communautaire, agent de la santé communautaire), tous les patients sollicitant un service de soins et soutien auprès des organisations communautaires ou sociales dans la structure de référence (centre de santé). Ainsi cette pratique a permis de s'assurer de l'effectivité de l'arrivée du patient dans la structure sanitaire d'accueil, de favoriser le remplissage et la collecte de la fiche de contre référence (l'agent communautaire repart avec la fiche de contre référence) et enfin d'en faciliter le suivi pour une prise en charge holistique.

La pratique de la référence active dans les districts sanitaires de Bouaké résulte des acquis de la mise en œuvre des activités du RDL tels que : (i) la bonne collaboration avec les prestataires du secteur santé, (ii) l'identification de points focaux du RDL en charge de la gestion des références dans les sites (ii) la bonne utilisation du registre de suivi des références.

Pour preuve, l'analyse du système de référence au niveau du centre social et des ONG communautaires (CSAS et Bouaké éveil) a montré une amélioration dans la contre référence. En effet, la contre référence qui était indisponible avant le trimestre de Septembre à Novembre 2017 est aujourd'hui à 100% (Bouaké, Décembre 2017).

L'organisation de réunions périodiques (mensuelle) sur le RDL indépendamment des réunions de l'ECD et de plateforme : Exemple du district sanitaire de Bouaflé (décembre, 2018)

Ces réunions mensuelles ont permis un suivi de la mise en œuvre du plan conjoint de RDL et ont favorisé la révision du plan en vue de l'extension du processus à un plus grand nombre de sites du district sanitaire de Bouaflé. Ces rencontres initiées par le CSAS régional sur instruction de Mr le DRSHP ont vu la participation des acteurs suivants : Point focal du RDL par entité (3 personnes), point focal du RDL par site (2 personnes), les CSAS de la direction régionale santé et celui du district sanitaire) (Bouaflé, Décembre 2017).

La diffusion de l'annuaire téléphonique entre entités du RDL : Exemple du district sanitaire de Bouaflé et San Pedro (janvier, 2018)

La mise en œuvre du processus de RDL a permis la bonne collaboration entre les différentes entités du processus de RDL. Avec cette bonne pratique les acteurs à travers une bonne communication (partage de l'annuaire téléphonique entre entités du RDL) et une coordination (échange sur la question du RDL pendant les réunions entre points focaux du RDL, mais également au cours des réunions de plateforme et de l'ECD) efficace des activités ont favorisé le recours à la participation de nouveaux acteurs autres que ceux de la santé dans le processus de RDL, notamment le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur (palais de justice de Bouaflé et commissariat de police). Ainsi, le recours à ces acteurs permet la prise en charge précoce des cas de Violences Basées sur le Genre (VBG) qui sont récurrents dans la région. Par ailleurs, dans le district sanitaire de San Pedro, l'utilisation de ces annuaires téléphoniques a permis la recherche des perdus de vue dans le cadre de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, notamment les Femmes Enceintes et Allaitantes (FEFA) qui sont perdues de vue lorsqu'elles sont dépistées positif de l'infection à VIH (Bouaflé et San Pedro, décembre 2017 à janvier 2018).

8.2 Leçons apprises

Les leçons apprises suivantes sont issues de la mise en œuvre des plans conjoints de RDL et sont présentées par domaines.

Communication

L'existence de moyens de communication entre les acteurs des différentes entités facilite :

- le suivi des cas référés
- la promptitude dans la prise en charge
- la recherche active des perdus de vue

Système de référence

- L'utilisation du registre de suivi des références permet de :
 - recevoir les contre références et de s'assurer que le client a bénéficié du soutien sollicité
 - faire le point des données de référence et contre référence en analysant les gaps, les retours de la contre référence et de rechercher les perdus de vue
- L'absence d'outil de référence dans un site crée un dysfonctionnement dans le système de référence et de contre référence. L'absence d'une source de donnée stable pour la notification des références et contre référence ne facilite pas la traçabilité des patients référés d'une entité à une autre ainsi que les contre référence mais aussi la recherche opportune des patients perdus de vue.
- La désignation d'un point focal référence au sein du CHR, dans le cadre du processus de RDL, n'a pas permis d'adresser totalement la question du retour des contres références aux autres structures. En effet, l'insuffisance dans le suivi des références et contre référence par le point focal référence auprès des autres prestataires de soins de ladite structure et aussi le manque de motivation de ces derniers dans le remplissage des outils de référence explique cette situation.
- La bonne collaboration entre les différentes entités du RDL et l'implication effective des prestataires de soins favorisent le retour des contre références ; exemple 100% de retour des contre références dans la majorité des structures et organisations.

Coordination

- La participation régulière de chacune des entités aux réunions de plateforme de collaboration et de l'ECD permet de :
 - améliorer la communication entre les acteurs de chaque entités afin de clarifier certaines incompréhensions qui pourraient avoir un impact négatif dans la prise en charge des patients ;
 - partager le paquet d'interventions de chaque entité ainsi que les responsables ;
 - favoriser l'introduction de nouveaux acteurs dans le processus de RDL, notamment le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur (palais de justice de Bouaflé et commissariat de police) ;
- La bonne collaboration entre les Directeurs du centre social, du CHR, des ONG communautaires et le l'ANADER favorise la prise en charge holistique des patients et la rétention dans les soins des patients perdus de vue ;

- Le leadership du point focal central du RDL à savoir son engagement et sa disponibilité pour le bon fonctionnement du RDL et sa capacité de sensibilisation et de motivation des autres acteurs autour de la question du RDL a permis le suivi de la mise en œuvre des activités et l'organisation de réunions périodiques avec la participation de tous les acteurs (points focaux par entité et par site, CSAS district ;
- Le leadership du CSAS régional a permis le suivi de la mise en œuvre des activités et l'organisation de réunions périodiques avec la participation de tous les acteurs.

Renforcement des capacités

L'organisation de séances de mise à niveau des acteurs de la plate-forme sur la nutrition et le RDL a permis de mettre à niveau les nouvelles ONG (dépistage précoce de la malnutrition dans la communauté) et de faciliter les références et contre références entre acteurs pour une meilleure prise en charge.

9 Difficultés

La mise en œuvre du processus de RDL a été émaillée par plusieurs difficultés tant au niveau central qu'opérationnel.

9.1 Au niveau central

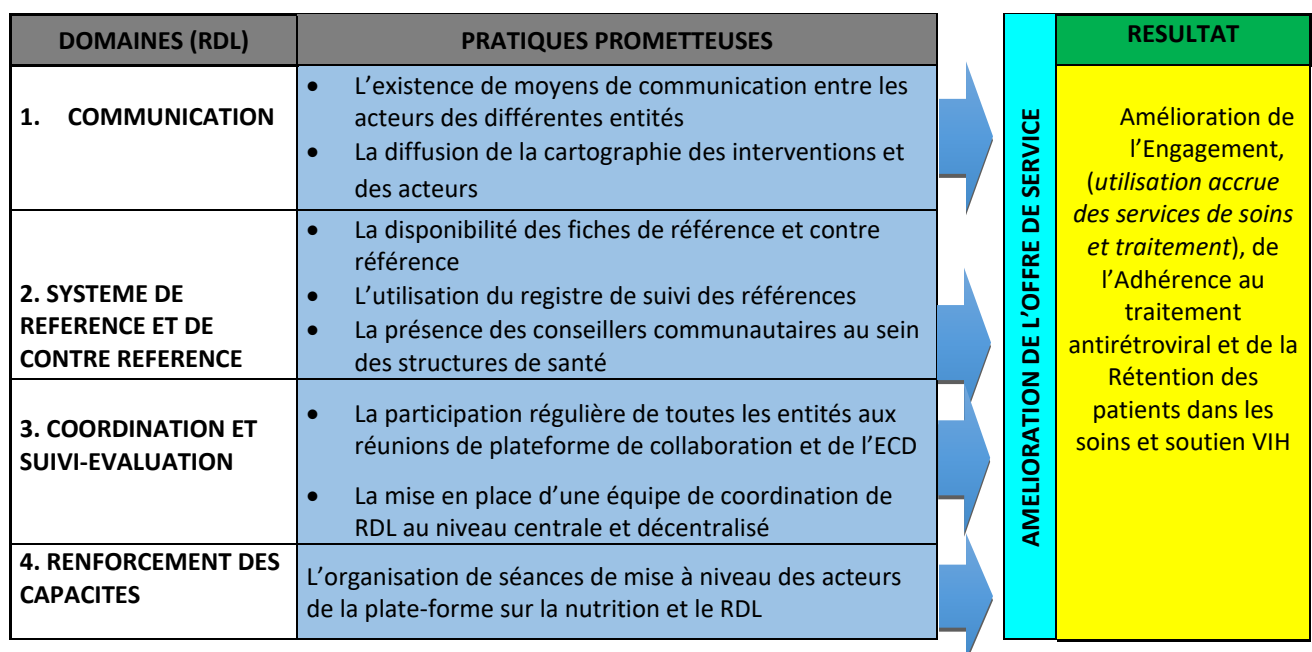
- Insuffisance de leadership ;
- Absence d'harmonisation des fiches de référence et de contre-référence ;
- Faible implication des PMO.

9.2 Au niveau décentralisé

- Insuffisance d'appropriation et de suivi du processus par tous les acteurs ;
- Dysfonctionnement de certaines équipes de coordination du RDL ;
- Insuffisance de ressources financières pour la réalisation de certaines activités ;
 - Insuffisance dans l'utilisation des outils de référence et de contre référence ;
 - Insuffisance de ressource financière face à la problématique du maintien des acquis et du passage à échelle du processus de RDL à d'autres structures et organisation ;
 - Manque de leadership de certains points focaux du RDL car ceux-ci n'arrivent pas à mettre en œuvre les activités qui relèvent de leurs compétences notamment l'organisation trimestrielle d'une réunion de coordination avec les différentes entités du RDL.

La mise en œuvre des plans conjoints de RDL par les acteurs des différentes entités a permis d'identifier des pratiques prometteuses et de ressortir des leçons apprises pour garantir le continuum de soins qui contribueraient à améliorer l'engagement, l'adhérence et la rétention des personnes vivant avec le VIH dans les soins. Le modèle ci-dessous résume la contribution du processus de RDL pour améliorer l'EAR.

Tableau V : Modèle conceptuel des pratiques prometteuses du RDL pour améliorer l'EAR



10 Stratégies

La mise en œuvre du processus de RDL a permis d'identifier de bonnes pratiques et des leçons apprises qui pourraient servir d'axes stratégiques dans un processus de passage à échelle.

Axe n°1 : Amélioration de la communication

Dans le cadre de la mise en œuvre des plans conjoints du processus de RDL, les acteurs des trois entités ont exprimé le besoin de disposer d'un système de communication pérenne.

En effet, la disponibilité et l'utilisation de technologies de téléphonie mobile à travers la mise à disposition d'une flotte téléphonique aux acteurs des 3 entités du RDL, permet de faciliter les échanges d'information (Exemple : répertoire dynamique des interventions et acteurs) entre les acteurs et aussi de communiquer avec les patients dans le cadre du suivi.

Par ailleurs, dans le but d'améliorer la continuité de l'utilisation des services de santé, le MSHP a mis en place la technologie e – santé dans les districts sanitaires du nord. Cette nouvelle approche permet entre autres, le rappel des rendez-vous, le suivi des références et contre références et le suivi des patients dans la communauté. Ainsi la technologie e santé contribue à l'atteinte de l'objectif du RDL qui est la prise en charge holistique des clients.

Axe n°2 : Renforcement du système de référence et contre référence

Le système de référence fait partie intégrante du processus de RDL entre structures sanitaires, sociales et communautaires. La disponibilité et l'utilisation des outils de référence (fiches, registre) est un préalable pour le bon fonctionnement du système de référence. Il est également nécessaire de veiller à ce qu'il n'y ait pas de rupture de stock.

Toutefois, pour qu'un système de référence soit efficace, il est nécessaire de disposer d'indicateurs qui permettent de faire le point des données de référence et contre référence en analysant les gaps et contribuer ainsi à la recherche active des perdus de vue.

C'est dans ce contexte qu'un registre de suivi de références et de contre références a été élaboré et implémenté dans des structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. L'utilisation de cet outil montre qu'il pourrait contribuer à la rétention des patients dans les soins.

Axe n°3 : Mise en place d'une équipe de coordination des activités de renforcement des liens au niveau central et opérationnel

En plus de la mise en place d'un organe de coordination, un leadership est essentiel pour la coordination et le suivi des activités conjointes du RDL. Aussi, les conditions suivantes sont-elles nécessaires :

La mise en place d'un organe de coordination au niveau central

Cette coordination devra être assurée par les programmes impliqués dans la mise en œuvre des activités sur le renforcement des liens. Cette équipe sera constituée d'une personne provenant des programmes ou services impliqués des trois entités. Tous les partenaires soutenant les activités de RDL devront faire partie intégrante de cet organe de coordination.

La mise en place d'un organe de coordination au niveau décentralisé

Egalement, il est nécessaire de mettre en place une équipe de coordination du RDL au niveau région et district. Cette équipe aura un contact régulier avec les districts sanitaires, les centres sociaux et les ONG communautaires pour le suivi des activités sur le renforcement des liens. Elle devra en outre s'assurer de

l'intégration des activités sur le renforcement des liens dans les plans d'action des districts sanitaires, des centres sociaux et des ONG communautaires. Tous les partenaires soutenant les activités de RDL au niveau local devront faire partie de cet organe de coordination.

La mise en œuvre du processus de RDL doit être émaillée d'activités régulières notamment l'organisation d'atelier de présentation des résultats et de partage d'expérience avec la participation des acteurs clés.

Ces ateliers regroupant toutes les parties prenantes, les directeurs régionaux, départementaux de la santé et les directeurs des centres sociaux, sont des cadres d'échanges pour partager les expériences issues de la mise en œuvre du processus de RDL et aussi de trouver des solutions aux difficultés rencontrées.

La mise en place d'un mécanisme de suivi

Une des tâches assignées à l'équipe de coordination de RDL du niveau central et décentralisé est le suivi de la mise en œuvre des plans conjoints. Une responsabilité partagée entre les établissements de soins, sociaux et les communautés est essentielle à la réussite d'une de suivi. Le mécanisme de suivi permet de s'assurer de l'opérationnalité du renforcement des liens entre les structures sanitaires, les centres sociaux et la communauté.

De façon générale, ces équipes sont chargées de veiller au respect des recommandations des ateliers de présentation des résultats et de partage d'expérience sur le renforcement des liens et de fournir des informations selon une périodicité prédéfinie sur le niveau de mise en œuvre du plan d'action conjoint.

Des activités de suivi seront réalisées par le niveau central à travers : des réunions de coordination entre les acteurs du niveau central, des appels téléphoniques auprès des points focaux des 3 entités dans chaque district, des visites de terrain et des ateliers de coordination au niveau décentralisé.

Un ensemble minimum d'indicateurs significatifs qui seront régulièrement évalués devront être défini. Les informations nécessaires pour évaluer les indicateurs portant sur le RDL doivent être intégrés dans les registres et les rapports existants ou, si nécessaire, un nombre limité d'outils nouveaux et simples doit être introduit. Tous les outils au niveau de chaque entité doivent être en accord avec le niveau de connaissances des agents qui doivent les utiliser ainsi que celui des divers acteurs chargés de les analyser.

L'élaboration d'un plan d'action conjoint de RDL

Ainsi, dans le cadre du processus de RDL, il échoit aux acteurs du niveau décentralisé avec l'appui de l'équipe de coordination du niveau central d'élaborer un plan d'action conjoint de RDL qui prend en compte les réalités locales. Egalement des activités de suivi doivent être régulièrement organisées en vue d'évaluer la mise en œuvre du plan conjoint. La mise en œuvre des plans favorise la collaboration entre les acteurs du RDL, l'objectif à long terme étant l'intégration des activités conjointes dans le plan d'action du district sanitaire, du centre social et des ONG.

11 Conclusion

En documentant l'introduction et les résultats du RDL entre les établissements sanitaires, sociaux et la communauté, l'objectif était de soutenir sa transposition à plus grande échelle. Les bonnes pratiques qui y sont décrites sont associées à une meilleure utilisation, observance et/ou rétention dans la PECVIH et/ou des continums de soins plus larges portant sur le soin et soutien. Le passage à échelle de ce processus présente toutes fois des défis notamment : l'absence de leadership à tous les niveaux et une insuffisante appropriation du processus par des acteurs du niveau central et opérationnel. Il est donc nécessaire de renforcer la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités de RDL à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La résonance que des systèmes sociaux et communautaires solides sont primordiaux pour protéger la santé et les droits de l'homme, des populations touchées par le Sida et autres maladies chroniques est également nécessaire. Enfin, l'implication des partenaires est nécessaire en vue de soutenir la mise en œuvre des activités de renforcement des liens entre les communautés, les centres sociaux et les établissements de soins.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des programmes

| Ministère | Programme |
|---|-----------|
| MSHP | PNN, PNLS |
| Ministère de la femme, de la protection de l'enfant et de la solidarité | PNOEV |

Annexe 2 : Liste des districts sanitaires, des centres sociaux et des organisations communautaires

| District | Structures / Organisations |
|-------------|---|
| Bouaké | District sanitaire de Bouake Sud et Bouaké Nord-Est Centre social de Koko Centre SAS |
| Oumé | Centre social d'Oumé ONG AFRICADEV |
| Dabou | Centre Social de Dabou ONG FOI ET VIE ONG SEL EL NYAM ETCHI |
| Koumassi | Centre Social de Koumassi Association Dignité de la Femme |
| Treichville | Centre Social de Treichville Habitat Centre Social de Treichville Avenue 1 Africa Development |

Annexe 3 : Liste des structures et organisations ayant participé au processus de RDL, 2014 à 2018

| District | Structures / Organisations |
|-------------------------------|--|
| Bouake Sud et Bouaké Nord-Est | Direction régionale (santé et social) District sanitaire Centre social PMI Sokoura FSU Koko Centre SAS, Bouaké Eveil |
| Abobo-Est | DRSHP Abidjan 2 Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfant (DRPFPE) DDSHP Abobo-Est Centre de Santé Urbain Communautaire d'Aboboté Complexe socio-éducatif d'Abobo ONG Lumière et Action ONG Solidarité Plus |
| Abengourou | Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) de l'Indenié Djuablin Direction Régionale des affaires sociales de l'Indenié Djuablin Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique d'Abengourou Centre social d'Abengourou Centre Hospitalier Universitaire (CHR) ONG Rose Blanche ONG Cerab |
| Dabou | DDS, DR Affaires sociales de Dabou Centre Social de Dabou ONG FOI ET VIE ONG SEL EL NYAM ETCHI ONG I HAVE A DREAM |
| Issia | Direction régionale (santé et social) DRSHP du haut Sassandra Directeur par intérim de la direction régionale des affaires sociales du haut Sassandra District sanitaire de Issia Centre social HG de Issia ONG UACOM ONG VIH |
| Oumé | Directeur Départemental de la Santé et de l'Hygiène Publique d'Oumé Centre social d'Oumé Hôpital général d'Oumé ONG AFRICADEV |
| San-Pédro | CHR San-Pedro Centre Social de San-Pedro ONG Elan d'Amour ONG Reel Santé |

| | |
|----------------|--|
| <p>Bouaflé</p> | <p>Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique de Bouaflé Direction Régionale de l'emploi et de la protection sociale Centre social de Bouaflé PMI de Bouaflé CHR de Bouaflé ONG Femmes Actives ONG USV</p> |
|----------------|--|

Annexe 4 : Grille de supervision du RDL

GRILLE DE SUPERVISION RENFORCEMENT DES LIENS (RDL ISSIA)

DATE DE LA SUPERVISION : //

HEURE : DEBUT FIN

STRUCTURE:

EQUIPE SUPERVISEURS

| NOM ET PRENOMS | FONCTION | CONTACT | SIGNATURE |
|----------------|----------|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AGENTS SUPERVISES

| NOM ET PRENOMS | FONCTION | CONTACT | SIGNATURE |
|----------------|----------|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DOCUMENTATION

| ITEMS | OUI | NON | NA |
|---|-----|-----|----|
| Existe-t-il une équipe d'amélioration de la qualité (EAQ) ? | | | |
| Les réunions de l'EAQ sont-elles tenues (voir PV et liste de présence) | | | |
| Le circuit et les niveaux de prise en charge (PEC) des VBG existent ? | | | |
| Existe-t-il un circuit interne de référence/contre référence ? | | | |
| Existe-t-il une technique d'archivage des références/contre références ? | | | |
| Existe-t-il un manuel du paquet minimum d'activités (PMA) ? | | | |
| Existe-t-il un plan annuel d'activités (PAA) ? | | | |
| Existe-t-il un plan d'actions pour l'amélioration de la qualité ? | | | |
| Existe-t-il des affiches de sensibilisation (VIH, VBG, TB,PF, OEV Nutrition, Hygiène...) | | | |
| Existe-t-il des fiches de références/contre référence conventionnelles(PNOEV) | | | |
| Existe-t-il d'autres fiches de référence/contre référence ? | | | |
| Les fiches de référence/contre référence sont – elles utilisées en interne comme en externe | | | |
| Existe-t-il un registre de suivi des références/contre références ? | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Les outils de gestion sont- ils à jour ? | | | |
| Les rapports mensuels sont-ils faits et transmis ? | | | |
| Le matériel pour mesures anthropométriques et d'évaluation nutritionnelle existe-t-il ? | | | |

PRISE EN CHARGE DES PVVIH – OEV - VBG

| ITEMS | Nombre | NA |
|--|--------|----|
| Nombre de personnes ciblées, conseillées et dépistées les 2 mois précédents. | | |
| Nombre de dépistages famille réalisés | | |
| Nombre de dépistés positifs les 2 mois précédents. | | |
| Nombre de PVVIH enrôlés | | |
| Nombre de PVVIH référés pour PEC | | |
| Nombre de VBG enregistrés | | |
| Nombre de victimes de VBG dépistés pour le VIH | | |
| Nombre de VBG pris en charge | | |
| Nombre de VBG référés pour PEC | | |
| Nombre d'OEV enregistrés | | |
| Nombre d'OEV dépistés pour le VIH | | |
| Nombre d'OEV pris en charge | | |
| Nombre d'OEV référés pour PEC | | |
| Nombre de groupes de soutien aux PVVIH et OEV | | |
| Nombre de réunions de groupes de soutien aux PVVIH et OEV (PV et Nb pers.) | | |

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

| ITEMS | Nombre | NA |
|---|--------|----|
| Nombre de personnes ayant bénéficiées d'une évaluation nutritionnelle C.* | | |
| Nombre de PVVIH et OEV ayant bénéficiés d'une évaluation nutritionnelle C.* | | |
| Nombre de personnes ayant bénéficiées d'une classification nutritionnelle C.* | | |
| Nombre de PVVIH et OEV ayant bénéficiés d'une classification nutritionnelle C.* | | |
| Nombre de personnes ayant bénéficiées d'un conseil nutritionnel | | |
| Nombre de PVVIH et OEV ayant bénéficiés d'un conseil nutritionnel | | |
| Nombre de malnutris enregistrés les 2 mois précédents | | |
| Nombre de malnutris dépistés pour VIH les 2 mois précédents | | |
| Nombre de malnutris dépistés VIH positif les 2 mois précédents | | |
| Nombre total de PVVIH et OEV malnutris | | |
| Nombre de malnutris ayant bénéficié d'un traitement nutritionnel | | |
| Nombre de malnutris ayant bénéficié d'un soutien alimentaire | | |
| Nombre de malnutris PVVIH /OEV ayant bénéficié d'un traitement nutritionnel | | |
| Nombre de malnutris PVVIH/OEV ayant bénéficié d'un soutien alimentaire | | |

C* : correcte

SYSTEME DE REFERENCE / CONTRE REFERENCE

| ITEMS | Nombre | NA |
|--|--------|----|
| Nombre de références envoyées vers une autre structure | | |
| Nombre de références reçues d'une autre structure | | |
| Nombre de contre- références envoyées vers une autre structure | | |
| Nombre de contre- références reçues d'une autre structure | | |
| Nombre de PVVIH référés pour PEC | | |

| | | |
|---|--|--|
| Nombre de VBG référés pour PEC | | |
| Nombre d'OEV référés pour PEC | | |
| Nombre de malnutris référés pour traitement nutritionnel | | |
| Nombre de malnutris référés pour soutien alimentaire | | |
| Nombre de malnutris référés pour dépistage VIH | | |
| Nombre de malnutris dépistés positifs référés pour enrôlement | | |

| POINTS FORTS | POINTS A AMELIORER | RECOMMANDATIONS |
|--------------|--------------------|-----------------|
| | | |

Annexe 5 : Plan conjoint model de renforcement des liens structures sanitaires, sociales et la communautaire

| Domaines d'intervention | Objectifs | Activités | Calendrier d'exécution (échéances) 2015 | | | | | | | | | | | | Résultats attendus | Indicateurs | Sources de vérification | Responsables | Budget |
|-------------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-----------------------|--|---|---|---|--------|
| | | | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | | | | | | | |
| COMMUNICATION | Renforcer la communication entre partenaires (santé,soc,comm) | -organiser une réunion de prise de contact | | | | | | | | | | | | | -une réunion de prise de contact est organisée | -nombre de réunions de prise de contact organisées | PV de réunion | Le DD santé | |
| | | Elaborer et diffuser un répertoire de tous les acteurs | | | | | | | | | | | | | Un répertoire de tous les acteurs est élaboré et diffusé | -Existence de répertoire élaborés et diffusés -Pourcentage de structures ayant reçus le répertoire | -le répertoire -liste de décharges | Le Directeur du centre social | |
| | | Diffuser le Paquet officiel d'activité des centres de santé, des centres sociaux et les organisations a base communautaire | | | | | | | | | | | | | le Paquet officiel d'activité des centre de santé, des centres sociaux et les organisations a base communautaire est diffusé | -% de structures ayant reçu les 3 docs relatif au paquet officiel d'activité | existence des 3 docs au niveau des structures | DDS DR (centre social) Responsable des réseaux | |
| | | Organiser 1 journée porte ouverte par secteur | | | | | | | | | | | | 3 Journées organisées | Nombre de journée porte ouverte organisée | Rapport d'activité | RESPONSABLE ONG, centre social et sante | | |
| | | Mettre en place une flotte téléphonique entre les acteurs sanitaires-sociaux- | | | | | | | | | | | | Une Flotte établie | % bénéficiaire de la flotte par secteur | Répertoire téléphonique | Responsable DR,DD, ONG PMO, centre social | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|---|---|--|--|--|
| | | communautaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SYSTEME DE REFERENCE CONTRE REFERENCE | Améliorer le système de référence et de contre-référence | Rendre disponible les fiches de référence et contre référence sur tous les sites | | | | | | | | | | | Les fiches de référence et contre référence sont disponibles sur tous les sites | -le nombre de structures ayant connues des ruptures - Nombre de jour de rupture par structures | Rapport d'activités | DDS DR centre social Réseaux ONG | | | | |
| | | Identifier un point focal au niveau de chaque entité chargé de la référence et contre référence | | | | | | | | | | | 3 points focaux désignés | Nombre de points focaux identifiés | PV de réunion et de note de service | DDS DR centre social Réseaux ONG | | | | |
| | | Organiser XX activités de sensibilisation des acteurs sur les procédures référence et contre référence existante | | | | | | | | | | | | XX activités de sensibilisation organisée | Nombre d'acteurs sensibilisés Le nombre de séance de sensibilisation organisé | Rapport d'activité et liste de présence | points focaux /DDS DR centre social Réseaux ONG | | | |
| | | Organiser XX séance de coaching des différents acteurs sur l'utilisation des outils de référence et contre référence | | | | | | | | | | | | XX prestataires coachés XX séances réalisées | Proportion de prestataires coachés | Rapport d'activité | points focaux /DDS DR centre social Réseaux ONG | | | |
| COORDINATION | Améliorer la coordination entre les secteurs | Organiser une réunion par trimestre | | | | | | | | | | | Une réunion est organisée par trimestre | Nombre de réunion organisée par trimestre | PV de réunion | DD Santé | | | | |
| | | Elaborer et diffuser un plan d'action opérationnel tri partite | | | | | | | | | | | | un plan conjoint disponible | Existence d'un plan conjoint disponible | Le plan | DDS DR centre social Réseaux ONG | | | |
| SUIVI EVALUATION | Renforcer le système de suivi-évaluation | Organiser XX supervision conjointes | | | | | | | | | | | XX supervision conjointes | Nombre de supervision | Rapport de supervision | DDS DR centre social Réseaux ONG | | | | |
| | | Organiser une mission conjointe de Collecte trimestrielle des données en matière de référence et | | | | | | | | | | | | Une collecte trimestrielle des données est effectuée | Nombre de mission de collecte de données effectuées | Rapport d'activités | Points focaux | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|
| | | contre-référence | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Identifier un point focal au niveau de chaque sites/ONG pour la référence et contre-référence | | | | | | | | | | | | | un point focal au niveau de chaque sites/ONG est identifié | Nombre de points focaux identifiés | PV de réunion et note de service | Responsable de structures | |
| RENFORCEMENT DES CAPACITES | Apporter un appui technique aux acteurs | Former les acteurs aux techniques d'archivage | | | | | | | | | | | | | Les acteurs sont formés aux techniques d'archivage | Nombre d'acteurs formés aux techniques d'archivage | Rapport de formation | Partenaires techniques | |
| | | Doter XX sites de matériel d'archivage | | | | | | | | | | | | | XX sites ont été dotés en matériel d'archivage | Nombre de sites dotés en matériel d'archivage | Bordereau de livraison | DDS DR centre social Réseaux ONG | |
| | | Former xx points focaux à la référence et contre référence | | | | | | | | | | | | | xx points focaux formés | Nombre de point focaux formés | Rapport de formation | DDS DR centre social Réseaux ONG | |