

République de Guinée

Travail-Justice-Solidarité



MINISTERE DE LA SANTE

**DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE
ET DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE**

**POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE
COMMUNAUTAIRE**

Février 2017

Table des matières

Préface	4
Sigles et abréviations.....	6
Introduction	8
I. PROFIL DU PAYS.....	9
1.1. Géographie et démographie sociale.....	10
1.1.1 Basse Guinée ou Guinée maritime	10
1.1.2 Moyenne Guinée ou Fouta Djallon	10
1.1.3 Haute Guinée	10
1.1.4 Guinée Forestière	10
1.2 Organisation administrative et sanitaire	11
1.3 Perspectives de la protection sanitaire.....	12
2 ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN GUINEE.....	12
2.1 Expérience de la santé communautaire en Guinée	12
2.2 Défis de la santé communautaire en Guinée.	13
3 ORIENTATIONS STRATEGIQUES	17
3.1 Vision	18
3.2 Principes	18
3.3 Missions.....	19
3.4 Objectifs	20
3.4.1 Objectif général :	20
3.4.2 Objectifs spécifiques	20
3.5 Axes stratégiques.....	20
Axe 1 : Renforcement de l'organisation et du fonctionnement des structures de santé de base (CS et PS)	21
Axe 2 : Augmenter l'accès et l'utilisation des prestations de santé au niveau de la communauté.....	22
Axe 3 : Harmonisation des interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté.....	28

Axe 4 : Développement des approches multisectorielle et pluridisciplinaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions communautaires	29
Axe 5 : Responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, et de la mère et de l'enfant en particulier.....	29
Axe 6 : Développement de la Recherche et la Vulgarisation des bonnes pratiques.....	31
4 MECANISMES DE SUIVI EVALUATION	31
4.1 Le suivi.....	32
4.2 La supervision	32
4.3 Le monitoring.....	32
4.4 L'évaluation.....	32
5 MECANISME DE FINANCEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	32
6 CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....	35
6.1 Niveau National.....	35
6.2 Niveau Régional et District	35
6.3 Niveau Communautaire.....	35
Conclusion	35

Préface

Dans le cadre de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux diverses affections qui sévissent en République de Guinée, plusieurs interventions sont mises en œuvre au niveau communautaire par les programmes de santé souvent de façon parcellaire et verticale sans base institutionnelle consensuelle. Le développement de la santé communautaire à travers les interventions à base communautaire est devenu une nécessité d'autant que la couverture du pays en personnels de santé reste insuffisante.

En République de Guinée, depuis 1996, une stratégie nationale des services à base communautaire a été élaborée dans le but d'obtenir un cadre de référence pour les activités de santé au niveau communautaires. Ce cadre de référence national malgré son application n'a pas pu avoir les résultats escomptés.

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé a entrepris des réformes pour renforcer le système de santé et améliorer la couverture sanitaire en vue d'assurer un bien-être à la population Guinéenne. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre de l'engagement du gouvernement à l'atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD).

L'arrêt de l'évolution de l'épidémie à virus Ebola, l'augmentation de la couverture vaccinale lors des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, l'excellente couverture nationale en MILDA, le succès dans la lutte contre l'onchocercose prouve à suffisance que la participation effective de la communauté constitue une condition essentielle à la réussite de diverses interventions techniques.

La mise en œuvre des interventions à base communautaires à grande échelle est devenue un aujourd'hui un défi majeur pour l'objectifs du millénaire pour développement durable.

Eu égard aux stratégies mondiales et régionales qui recommandent l'accès universel aux soins et services de santé, la République de Guinée se dote d'une politique pour la développement de la santé communautaires.

Ce document de « Politique Nationale de Santé Communautaire » définit les interventions essentielles à mener dans la communauté, les principaux acteurs et donne des orientations sur les mécanismes de mise en œuvre. Je voudrais saluer les efforts louables des cadres des départements ministériels et ceux des Partenaires Techniques et Financiers, les représentants de la société civile, les ONGs nationale et internationale qui ont apporté leurs contributions à la réalisation du présent document.

J'invite tous les acteurs intervenant au niveau communautaire à mettre leurs efforts ensemble au service de la communauté, et ce, en respectant les grandes lignes décrites dans la politique. Je suis convaincu que les actions menées à la base auront réellement des impacts significatifs sur le bien-être de la population.

Le Gouvernement compte sur la participation de tous les acteurs en vue de favoriser l'accès des populations où qu'elles se trouvent, aux soins et services de qualité et s'emploiera à mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la présente politique.

Le Ministre de la Santé

Dr Abdourahmane DIALLO

Sigles et abréviations

AAH	Alignement, Appropriation, Harmonisation
AC	Agent Communautaire
ACS	Agent Communautaire de Santé
ADRA	Agence Adventice de Développement
AGBEF	Association Guinéenne pour Bien Etre Familial
ATS	Agent Technique de Santé
CCDC	Communication pour le Changement Durable de Comportement
CNS	Compte Nationaux de la Santé
CS	Centre de Santé
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESI	Education Sexuelle Informelle
FAMPOP	Family Planning Option Projet
FARNG	Foyer d'Apprentissage et de Renforcement Nutritionnel des Femmes en Grossesses
GIZ	Coopération Internationale Allemande
GNF	Franc Guinéen
GTZ	Coopération Technique Allemande
HKI	Hellen Keller International
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MCHIP	Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile
MSF	Médecin Sans Frontière
MS	Ministère de la Santé
MURIGA	Mutuelle des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement
ODD	Objectifs pour le développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Agence des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PAC	Paquet d'Activités Communautaires
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMS	Programme Multisectoriel
PRISM	Pour le Renforcement des Interventions en Santé Maternelle et Infantile
PS	Poste de Santé
PSI	Population Services International
SALT	Stimuler les Activités Locales dans le Temps
SBC	Service à Base Communautaire
SIAC	Système d'Information à Assise Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TBI	Taux Brut d'Inscription
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TNFS	Taux Net de Fréquentation Scolaire
TRO	Traitement à Réhydratation Orale
UNDAF	Fonds d'Action pour le Développement des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USD	Dollar Américain
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

La Loi fondamentale de la République stipule que la santé est un droit de la population et que l'Etat a le devoir de la lui garantir. Le Plan National de Développement de la Santé (PNDS) décrit les objectifs de la politique de santé du pays qui repose sur une *vision d'une Guinée où tous les individus, les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.*

En vue de relever les principaux défis relatifs à l'état de santé des populations, l'une des priorités du Plan National de Développement pour la période 2015_2024 est le renforcement des services au niveau communautaire par la mise à échelle d'un ensemble d'interventions à haut impact avec une implication importante des agents de santé communautaires.

Dans un sens plus général, la santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; la mise en œuvre, la gestion et l'évaluation des activités. **Il y a donc « santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».**

A présent, en République de Guinée, la notion de *Santé Communautaire, comprend les structures de santé de base (centre de santé et poste de santé) et se prolonge dans la communauté à travers les agents de santé communautaires.*

Les agents de santé communautaires sont utilisés comme interface entre le système de santé et la communauté. Ils sont mis à contribution dans le cadre de la mise en œuvre des activités des principaux programmes de santé.

Tout en améliorant la couverture sanitaire dans les zones rurales, urbaines et périurbaines, les agents de santé communautaires participent au renforcement des mécanismes de création de la demande et de la qualification de l'offre dans le système de santé.

Le présent document de politique nationale rassemble les nouvelles dispositions en matière de soins et services à mettre en œuvre au niveau communautaire en vue de rendre disponibles et accessibles à toute la communauté de même que les mesures de motivation des agents de

santé communautaires. Il contribue à la mise en œuvre intégrée des interventions retenue avec la pleine participation de la communauté et tiendra compte des spécificités de chaque localité.

I. PROFIL DU PAYS

Située en Afrique occidentale, la Guinée est un pays qui regorge d'énormes potentialités naturelles. Cependant, par faute de mise en valeur de ses richesses, elle figure encore parmi les pays les moins avancés du monde.

Le taux net de scolarisation au primaire est estimé à 54%. On note un taux de fécondité caractérisé par un indice synthétique de fécondité qui avoisine les 6,5. Le taux de malnutrition est de 23% pour les enfants de moins de 5 ans¹.

Considérant que la santé est un facteur déterminant pour le développement d'un pays, la Guinée s'est toujours dotée de programmes et de plans de développement sanitaire. Le dernier est le PNDS qui couvrait la période 2003-2012. Ce plan avait retenu comme priorité des interventions reliées à l'atteinte des OMD. Malheureusement, à cause de nombreuses contraintes, les chances se sont réduites pour atteindre cet objectif majeur à l'horizon 2015. Ainsi la proportion de la population frappée par la grande pauvreté a augmenté passant de 40% en 1996 à 56% en 2006. L'extrême pauvreté touche 27.2% de la population dont 31,5% en milieu rural².

Entre 2005 et 2010, le pays a traversé des crises sociales qui ont entraîné une instabilité politique créant ainsi un contexte défavorable au processus de développement socio-économique.

L'évaluation du dernier PNDS qui est arrivé à son terme en 2012, a permis d'envisager la formulation d'un nouveau PNDS qui couvrira la période 2015-2024. C'est justement dans ce cadre que le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers se sont engagés dans un processus de révision de la politique nationale de santé. Pour y parvenir, 10 piliers ont été considérés comme base de développement du système de santé, à savoir : la gouvernance et le leadership, les prestations de soins, les médicaments et technologies médicales, les ressources humaines en santé, le financement de la santé, le système d'information sanitaire et la recherche, le résultat du point de vue de la santé, la couverture sanitaire universelle, les politiques publiques et le contexte général³.

La formulation et la mise en œuvre de ces nouvelles stratégies nécessitent l'implication des autres secteurs de développement notamment l'éducation, la décentralisation, l'agriculture, l'industrie, l'environnement etc.

1 Document de stratégie de réduction de la pauvreté, 2012

2 Plan national d développement sanitaire, 2003

3 Rapport évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2003-2012

1.1. Géographie et démographie sociale

Géographie

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, à 10° au nord de l'équateur. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Libéria et la Sierra Leone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

Au plan géo-écologique, la Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont : la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée forestière⁴.

1.1.1 Basse Guinée ou Guinée maritime

Constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières. Située dans la partie ouest du pays, elle est large de 150 km et s'étale le long de l'Océan Atlantique sur environ 300 Km de côte. Elle couvre près de 44 000 Km².

Son climat est influencé par la mousson alizée maritime qui apporte d'abondantes précipitations sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1800 mm, atteignant quelque fois 3000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année.

1.1.2 Moyenne Guinée ou Fouta Djallon

Est une région de plateaux et de montagnes dont le point culminant est le mont Loura à Mali (1 538 m). Ce massif est entaillé de vallées, de plaines et de dépressions intérieures. Les sols fortement dégradés sont progressivement remplacés par des bowé, ce qui rétrécit l'étendue des terres agricoles.

Du fait que de nombreux cours d'eau y prennent leur source, cette région est appelée « Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ». Le climat tropical y est modifié en micro climat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturage, d'agrumes et de cultures potagères.

1.1.3 Haute Guinée

Est une région de savanes et de plateaux. Le Niger et ses affluents y ont entaillés des plaines humides en terrasses très favorables à la riziculture inondée. Du point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1200 et 1800 mm par an. La saison sèche dure de 7 à 8 mois et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année.

1.1.4 Guinée Forestière

Doit son nom à la forêt humide qui couvrait la majeure partie de son territoire. Cette forêt a été progressivement détruite au fil du temps. On ne la retrouve plus que sous forme d'îlots sur les sommets montagneux (Nimba, Ziama) et le long des cours d'eau. La forêt dense et humide favorise la formation et la conservation des sols relativement épais, mais très sensible à l'érosion à cause du relief.

4 Enquête démographique et de santé, 2012

Le relief de la Guinée Forestière est entièrement dominé par la dorsale guinéenne sur laquelle se juxtaposent des massifs élevés aux versants souvent abrupts dont le point culminant est le mont Nimba à Lola (1 752 m).

1.2 Organisation administrative et sanitaire

La Guinée compte 8 régions administratives dont Conakry, la capitale, qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique.

Le pays est structuré en 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales.

Les collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1.615 districts (ruraux).

Le système de santé est calqué sur cette organisation administrative qui est pyramidale dont⁵ :

- ✓ la base est constituée par le système de santé du district comprenant l'hôpital préfectoral autour duquel gravitent les centres de santé, les postes de santé et un ensemble d'agents de santé communautaires;
- ✓ le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux qui ne bénéficient pas de plateaux techniques de haut niveau ;
- ✓ le niveau central où l'on trouve les hôpitaux nationaux avec une triple mission : soins spécialisés, formation et recherche.

C'est à travers ce dispositif pyramidal qu'est assurée la prise en charge des problèmes de santé des populations sur la base du système de référence et de contre-référence. Dans ce mécanisme, le secteur privé médical joue un rôle important à tous les niveaux.

Démographie

Le troisième recensement général de la population et de l'habitation, effectué en 2014, sur toute l'étendue du territoire national a donné un total de la population résidente (y compris les étrangers) de 10 628 972 habitants, selon l'Arrêté N° 3015/MP/SG/CC/2014 (voir données en annexe). En prenant en compte le taux d'accroissement annuel de 2.3%, la population actualisée en 2017 est de 11 379 369 habitants soit une densité de 46 habitants/Km².

Les femmes représentent 52% de la population.

La population guinéenne actuelle résulte d'un profond brassage entre les premiers occupants et les migrants venus par vagues successives. Elle est constituée de plusieurs ethnies.

Plusieurs dialectes ou langues sont parlés dans le pays dont les principales sont le Soussou, le Malinké, le Poular, le Kissi, le Toma et le Guerzé.

Des considérations liées aux coutumes, mœurs, interdits sociaux, croyances et le taux élevé d'analphabétisme... induisent des résistances au développement des programmes de santé comme la PF, la vaccination, le recours diligent aux services de santé, la persistance des mutilations génitales féminines, de comportements et d'autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé au niveau communautaire.

5 Annuaire des statistiques sanitaires du Ministère de la santé 2011 et annuaire statistique de l'INS 2012

1.3 Perspectives de la protection sanitaire

Dans les pays très pauvres, en particulier ceux qui sont en situation de post crise comme la Guinée, la sécurité sociale doit se définir dans un cadre encore plus large, celui de l'extrême pauvreté, des droits humains et de l'exclusion sociale.

C'est ainsi que le dispositif à mettre en œuvre selon une approche progressive compte tenu des limites financières, sera fondé sur trois niveaux complémentaires les uns aux autres : le niveau de base, le niveau contributif et le niveau complémentaire.

➤ Niveau de base

Le niveau de base ou filet de sécurité sera fondé sur la solidarité nationale. Il va constituer une solution aux situations de grande vulnérabilité, nées de l'extrême pauvreté ou pouvant entraîner un basculement dans la pauvreté (dépenses catastrophiques de santé).

➤ Niveau contributif

Le niveau contributif par l'assurance sociale est basé sur un système contributif de solidarité professionnelle et/ou communautaire. Ce niveau va englober l'ensemble des mécanismes d'assurance sociale regroupant ceux qui peuvent contribuer au financement de leur couverture sociale.

Il couvre :

- La sécurité sociale obligatoire liée à l'emploi salarié déjà couvert par l'Etat et la CNSS pour les salariés des secteurs public, parapublic et privé;
- La micro-assurance professionnelle et/ou à base communautaire qui couvre essentiellement le risque maladie à travers les Mutuelles de santé.

➤ Niveau complémentaire

Ce niveau complémentaire vise à la réduction, voire à la suppression, du paiement direct des prestations pour les assurés. C'est pour cette raison que la demande de "couverture maladie complémentaire" mérite d'être satisfaite pour tous les acteurs qui en ont la capacité contributive.

Les réformes engagées dans le secteur (réforme hospitalière, pharmaceutique et la prise en charge du privé dans la carte sanitaire, le Plan National de Développement Sanitaire 2003-2012 ainsi que diverses stratégies nationales spécifiques à des problèmes prioritaires de santé publique ont été élaborées pour pallier aux dysfonctionnements du système.

2 ETAT DES LIEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE EN GUINEE.

2.1 Expérience de la santé communautaire en Guinée

La mise en œuvre de la santé communautaire en Guinée a débuté depuis l'avènement des soins de santé primaires. Pour le développement des interventions communautaires, le Ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires a élaboré des documents et mis en œuvre de nombreuses expériences de développement des interventions à base communautaires dans plusieurs localités pour améliorer la santé des populations surtout celle des populations vulnérables. Toutefois, les résultats obtenus de ces interventions communautaires n'ont pas permis d'influencer plus efficacement la santé des populations, surtout celle des enfants et des femmes.

L'analyse de la situation basée sur l'Enquête Démographique et de Santé 2012 montre que :

- la mortalité maternelle reste très élevée et les tendances observées depuis 1992 situent le pays en dessous de la moyenne de l'ensemble de l'Afrique de 724 pour 100 000 naissances vivantes (2005-2012).
- la mortalité infanto-juvénile reste élevée à 127 pour 1000 naissances vivantes soit un enfant sur six meurt avant son 5ème anniversaire,
- la prévalence contraceptive est de 6% pour toutes méthodes confondues et 5% pour les méthodes modernes,
- le taux d'accouchement assisté reste faible (45%) alors que le nombre de sages-femmes en activité ne fait que baisser ;
- les pratiques néfastes persistent comme l'excision (97% des femmes excisées) et, seulement 21% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein. (EDS 2012)

La faiblesse des systèmes de santé et l'insuffisance des ressources humaines et financières constituent les principaux défis à la survie de l'enfant et de la mère. A ces défis s'ajoute le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.

Dans la mise en œuvre des projets et programmes de santé, les interventions à base communautaires occupent une place primordiale. La participation et la responsabilisation communautaire permettent aux populations d'être partenaires et acteurs du développement socio-sanitaire.

A cet effet, il est important d'identifier et de cibler des acteurs pour un dialogue permanent, qui devrait favoriser l'identification des obstacles pour l'amélioration de la santé.

Il faudra clarifier les rôles des organisations communautaires et identifier les voies et moyens de les préparer à jouer ces rôles ; également indiquer les liens entre ces organisations et les services de santé, les ONG, les autorités locales, ainsi que les stratégies permettant de tisser des relations plus étroites et plus équitables entre ces différents acteurs.

2.2 Défis de la santé communautaire en Guinée.

Une analyse a démontré que la santé communautaire est confrontée à neuf défis à surmonter afin d'atteindre les objectifs fixés.

✓ Défi n°1 : Insuffisance d'équité dans l'accès aux structures de santé sur le territoire

Le nombre de structures de santé existantes (hôpitaux, centres de santé et postes) ne permet pas à l'ensemble de la population de la Guinée de disposer d'une structure à moins de 5km de son lieu d'habitation. Même si ce défi n'est pas propre au niveau communautaire, il convient

de le prendre en considération ici afin d'assurer un meilleur accès et qualité de services à la population et une vision intégrée du système de santé.

Par ailleurs, la répartition de ces structures est inégale sur l'ensemble du territoire et des « zones d'ombre médicales » persistent dans les zones faiblement peuplées.

A ce déficit de structures s'ajoute celui des ressources humaines. En effet, il existe par exemple environ 925 postes de santé tous dépourvus de sages-femmes. Enfin, ce déficit ne se limite pas aux sages-femmes, mais persiste pour d'autres personnels qualifiés (communautaires ou non communautaires) tels qu'infirmiers ou médecins surtout dans les préfectures de l'intérieur du pays.

✓ **Défi n°2 : Insuffisance d'intégration de la santé communautaire dans le système de santé Publique.**

La santé communautaire n'est pas suffisamment intégrée au sein du système de santé. Ceci est apparent dans plusieurs aspects : statut des acteurs de santé communautaire, supervision, suivi, cadre réglementaire et législatif.

Ainsi, le statut et les tâches des acteurs de santé communautaire peuvent être revus et précisés. En effet, la multitude des acteurs requiert un cadre harmonisé et une réglementation précise des responsabilités pour assurer une meilleure qualité de l'offre et la motivation des acteurs.

Par ailleurs, l'encadrement (supervision et suivi) des acteurs de santé communautaire par le personnel qualifié est insuffisant.

A ce jour l'essentiel de ces personnels est souvent incapable de réaliser les supervisions faute de temps ou de budget ou à cause d'un lien limité entre le poste de santé et les collectivités. Le manque de supervision empêche aussi un contrôle consistant de la qualité des services des acteurs de santé communautaire et une remontée appropriée des données.

Enfin, la santé communautaire n'est pas suffisamment prise en compte dans la pyramide sanitaire. Il se trouve que l'organisation du système de santé habituellement décrite à travers les documents de politiques et de stratégies du Ministère de la Santé ne met pas suffisamment l'accent sur le niveau communautaire.

✓ **Défi n°3 : Insuffisance de la couverture de l'offre communautaire (soins et création de la demande)**

Des manques persistent entre le nombre d'acteurs de santé communautaire présents sur le terrain et les objectifs fixés (données issues des « Expériences communautaires réussies : le paquet communautaire intégré » – Ministère de la Santé) :

- **ASC et matrones** : gap important de postes de santé fonctionnels (ce gap est à évaluer en début de mise en œuvre du présent plan).
- **Relais** : l'objectif d'un site pour 500 habitants exige l'augmentation du nombre de relais dans des proportions non chiffrées à ce jour.
- femmes et hommes leaders communautaires non recensés: sur la base de la population totale de la Guinée, l'objectif en termes de femmes et hommes leaders communautaires est d'au moins un(e)leader communautaire pour 1 000 habitants en milieu urbain. En milieu rural, il faut compter au moins un(e)leader communautaire par village ou hameau. A ce jour les besoins ne sont pas définis.

Par ailleurs, des inégalités persistent dans la répartition territoriale des acteurs de santé communautaire au détriment des zones rurales ou démunies.

✓ **Défi n°4 : Paquets de service de santé communautaire à enrichir et qualité à améliorer**

Les paquets de services offerts par les acteurs de santé communautaire demeurent focalisés sur la définition de la demande grâce au diagnostic participatif communautaire.

L'extension du paquet de service à des activités d'offres de soins (ex. administration d'injectables pour les ASC et matrones) se heurte à un défaut de formation et de supervision, mais aussi des restrictions au niveau législatif et règlementaire. Dans certaines localités, les acteurs de santé communautaire offrent des services plus variés grâce à la présence et l'encadrement d'un personnel qualifié, mais ces expériences ne sont pas mises à l'échelle de manière homogène.

Par ailleurs, certains domaines tels que les maladies non transmissibles ne sont pas suffisamment couverts à ce jour par la santé communautaire.

De manière générale, il n'existe pas un cursus et un curriculum de formation uniques, homogènes et harmonisés couvrant tous les domaines de la santé (inclus la prévention, l'hygiène, etc.) pour les acteurs de santé communautaire et qui soient adaptés de manière

dynamique. La formation demeure hétérogène ce qui retarde la délégation des tâches et affecte la qualité des services :

- ASC / matrones : la formation initiale doit être améliorée (augmentation du nombre de formations pour les matrones). Dans l'optique de l'extension des paquets de service et de l'institutionnalisation du rôle des matrones, il convient de poursuivre l'effort de capacitation ;
- les hommes et femmes leaders communautaires: la durée de la formation est jugée insuffisante pour une assimilation correcte des connaissances et compétences requises (compréhension parfois approximative des messages à la sortie de la formation, faible taux de rappel des connaissances apprises, difficulté de véhiculer des messages appris durant les formations).

✓ **Défi n°5 : Faible motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire**

La motivation des acteurs de santé communautaire, (financière ou non financière), demeure limitée et non harmonisée, ce qui entrave la pérennisation des activités et la sécurisation des ressources humaines : pas de motivation financière suffisante du personnel de santé communautaire ; en effet à l'avènement de la santé communautaire la logique des soins de santé primaires reposait sur le principe du volontariat, motivation non-financière insuffisante notamment le manque de statut, ou de formation continue.

Le déficit de supervision par les personnels qualifiés est également vécu comme un manque de reconnaissance.

✓ **Défi n°6 : Faible qualité de la logistique**

La faible intégration des postes de santé et des acteurs de santé communautaire dans le système de santé s'est traduite par une chaîne d'approvisionnement en produits défaillante (ruptures de stock fréquentes). Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement exige également un personnel formé et motivé à la gestion de stock (pharmacies villageoises) pour assurer la pérennisation des efforts.

✓ **Défi n°7 : Organisation et structure managériale insuffisantes**

Le Document de Politique Nationale de Santé Communautaire insiste dès son introduction sur la persistance de « problèmes organisationnels et manageriels ». La mise en cohérence de l'activité de santé communautaire présente plusieurs défis :

- multiplicité d’acteurs (programmes, directions, partenaires techniques et financiers, agences d’exécution, la communauté) et de programmes menés au niveau communautaire avec une coordination et harmonisation limitées des activités et des financements et un manque de partage d’expériences et d’informations ;
- fragmentation des profils communautaires du fait de la multiplicité des statuts et fonctions (ASC et matrones, relais, hommes et femmes leaders communautaires, etc.) Organisés autour d’une multitude de structures;
- manque de supervision intégrée et d’harmonisation des outils de gestion;
- insuffisance des systèmes d’informations sanitaires à des fins de gestion de la santé communautaire et de suivi – évaluation ;
- faible fonctionnement des instances comme les comités de santé.

✓ **Défi n°8 : Cadre législatif et réglementaire mal adapté**

Le retard dans la finalisation des changements législatifs et règlementaires a eu des répercussions fortes au niveau opérationnel. Entre autres retards, on note :

- le suivi systématique des cas référés vers les postes de santé n’est pas encore réalisé ;
- la disponibilité et prix de vente des produits aux pharmacies villageoises.

✓ **Défi n°9 : Faible articulation entre les services administratifs sanitaires et les autorités locales**

Dans le cadre du renforcement de la décentralisation et du transfert des compétences devant l’accompagner, il convient de préciser et de renforcer les collectivités locales à jouer leur rôle dans la coordination, le financement et le suivi de la santé communautaire. Il faut fondamentalement clarifier certains aspects:

- responsabilités exactes des collectivités locales,
- liaison avec les districts sanitaires et régions médicales,
- capacitation technique et de gestion des collectivités.

3 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Ce chapitre couvre la vision, les principes, la mission, les objectifs et les axes stratégiques.

3.1 Vision

La Loi fondamentale de la République de Guinée stipule que la santé est un droit de la population et que l'Etat a le devoir de la lui garantir⁶.

La stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) vise, dans le domaine de la santé, à long terme, à asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables⁷.

Conformément à ces documents à la politique nationale de santé et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la vision est: *une société guinéenne où toutes les communautés sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur participation responsable dans un cadre de partenariat entre elles, les services de santé et l'administration locale.*

3.2 Principes

Les principes qui sous-tendent la vision sont les suivants :

1. *La pérennisation des acquis:* Les acquis les plus importants de la santé communautaire depuis 1992, sont en rapport avec les services à base communautaire dans le cadre des soins de santé primaires. Les actions entreprises dans ce cadre ont permis l'amélioration de la couverture sanitaire, l'intégration des activités préventives, curatives et promotionnelles au niveau des communautés. Ces stratégies seront renforcées au cours des années à venir.
2. *L'accès universel aux soins et aux services pour tous:* Ce principe conduira à la mise en place de mécanisme d'allègement de la charge des dépenses de santé sur les ménages : mutuelles de santé, contribution plus marquée et ciblée des collectivités locale, une répartition équitable des structures de soins et des ressources humaines.
3. *La lutte contre la pauvreté :* Les interventions pour les années à venir doivent s'inscrire dans la stratégie globale de réduction de la pauvreté, par le ciblage des populations les plus vulnérables (enfants, femmes, jeunes, population des zones pauvres, etc.).
4. *La faisabilité, l'efficacité et l'efficience des interventions:* Les stratégies les plus efficaces pour un coût supportable par les ressources des communautés seront recherchées. A ce titre, les interventions seront intégrées et coordonnées pour une meilleure utilisation des ressources.
5. *La collaboration intersectorielle et la participation des usagers et des communautés* dans un cadre de *partenariat* sera constamment prise en compte, en vue d'optimiser l'utilisation des ressources et maximiser les bénéfices tout en contrôlant les coûts.
6. *La représentation :* Il appartient à la communauté de choisir elle-même ses représentants auprès des services et/ou structures d'administration et de santé, à travers un processus transparent.
7. *L'équité :* La communauté s'assure que tous ses membres y compris les plus vulnérables, pauvres ou marginalisés expriment librement leurs points de vue sur les questions

⁶République de Guinée, Constitution.....

⁷Ministère de l'Economie et des finances, document de stratégie de réduction de la pauvreté 2013-2015

de santé, participent et bénéficient de toutes actions de développement sanitaires qui les concernent.

8. *La transparence* : Les agents de santé, l'administration locale et les communautés sont tenus de partager toutes informations sur les priorités, le processus de gestion, les activités menées et les résultats obtenus.

9. *L'éthique* : La mise en œuvre des activités communautaires est régie par l'ensemble des valeurs et des règles morales propres à la communauté guinéenne.

10. *L'intégrité* : L'agent communautaire doit être honnête, impartial, juste, et incorruptible pour gagner la confiance de la communauté.

11. *Le dialogue* : Les communautés et les services de santé sont encouragés à instaurer une culture de dialogue pour un partage d'informations et de feed-back. Le dialogue a pour objectif d'assurer que les services correspondent aux attentes et aux besoins des communautés, mais aussi que les communautés aident et soutiennent les agents de santé dans leur mission.

12. *La participation de la communauté* : La communauté prend une part active au bon déroulement et à la pérennité des interventions de santé menées pour le bien-être de ses membres à travers une mobilisation sociale et une contribution technique et financière.

13. *L'appropriation* : Convaincue que la santé est la base de tout développement, la communauté prend conscience de ses problèmes de santé, de sa responsabilité et de son rôle pour l'assumer, s'implique et se mobilise dans la recherche et la mise en œuvre effective de solutions pérennes en matière de promotion, de prévention et de soins curatifs.

14. *La décentralisation* : La santé communautaire est la traduction pratique de la décentralisation. Cette dernière donne aux communautés le pouvoir et la capacité de prendre des décisions, de se prendre en charge et d'être responsable de son propre développement en matière de santé.

15. *L'intégration* : Les acteurs au niveau de la communauté et la communauté elle-même s'assurent de la complémentarité de toutes les actions en matière de santé. La communauté veille à ce que toutes les interventions des autres secteurs contribuent à sa santé.

16. *La responsabilisation des autorités* : Les autorités locales sont des acteurs-clés dans le développement socio-sanitaire à la base et leur implication à toutes les phases, de la conception au suivi et évaluation est indispensable.

3.3 Missions

- ✓ Améliorer la santé des populations, en particulier les plus vulnérables et défavorisées;
- ✓ Réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations ;
- ✓ Protéger le revenu des pauvres et limiter les dépenses de santé catastrophiques surtout des groupes les plus défavorisées ;
- ✓ Développer le partenariat entre la communauté, la société civile, et les autres secteurs de développement.

3.4 Objectifs

3.4.1 Objectif général :

- ✓ Contribuer à la réduction du fardeau des problèmes de santé et, en particulier, les maladies prioritaires à travers l'action sur les déterminants de la santé.

3.4.2 Objectifs spécifiques

- ⇒ Assurer les orientations, l'assistance nécessaire dans le développement, la mise en œuvre et la coordination des interventions dans le domaine de la santé communautaire ;
- ⇒ Promouvoir l'utilisation d'approches multisectorielles et multidisciplinaires pour l'élaboration et la mise en œuvre des interventions dans le domaine de la santé communautaire à travers une collaboration efficace ;
- ⇒ Renforcer les mécanismes d'appropriation effective des individus, des familles, de la communauté et de la société civile des toutes les interventions communautaires à tous les niveaux ;
- ⇒ Assurer l'autonomie des communautés en vue du développement de leur estime de soi et de l'adoption durable de comportements sains et ainsi déplacer l'accent mis sur la maladie vers la santé ;
- ⇒ Assurer l'accès à l'information, au niveau de la population entière, relatif à la prévention de la maladie et les invalidités, la gestion de la maladie au niveau des ménages et l'utilisation adéquate et accrue des services de santé ;
- ⇒ Contribuer à l'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion du système de santé ;
- ⇒ Améliorer la qualité des prestations de soins offertes dans les structures de santé communautaires et par les agents de santé communautaires,
- ⇒ Développer des mécanismes de surveillance épidémiologique à base communautaire pour les maladies prioritaires et autres événements de santé publique.

3.5 Axes stratégiques

Les grandes orientations stratégiques au niveau communautaire:

1. Renforcement de l'organisation et du fonctionnement des structures de santé de base (centres de santé et postes de santé).
2. Amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé de base;

3. Harmonisation des interventions socio-sanitaires ;
4. Développement des approches multisectorielle et pluridisciplinaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions communautaires ;
5. Renforcement de la responsabilisation et de l'engagement de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, de la mère et de l'enfant en particulier ;
6. Développement de la recherche opérationnelle et la vulgarisation de bonnes pratiques

Pour chaque axe susmentionné, les éléments constitutifs seront renseignés pour une meilleure compréhension du processus de développement de la santé communautaire.

Axe1 : Renforcement de l'organisation et du fonctionnement des structures de santé de base (CS et PS)

Dans le cadre du développement de la santé communautaire, l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des services de santé de base notamment les centres et postes de santé constitue une condition indispensable de réussite. Dans cet axe, il sera question de classer les structures de santé de base en indiquant leurs populations de référence, les services et activités à développer, ainsi que le nombre d'agents de santé prévus.

- ***Organisation des structures de santé de base (centres et postes de santé).***

Centre de santé urbain

Le CSU couvre une population comprise entre 10 000 et 20 000 habitants. Le paquet minimum d'activités se résume à 13 interventions intégrées (CPC, PEV, CPN/accouchement/PF, Point de vente, PTME/CDV/PEC/VIH, soins, promotion de la santé, gestion des données, PCIMNE, Nutrition, laboratoire, Surveillance à base communautaire et les Violences Basées sur le Genre). Le personnel exerçant doit être de 10 agents.

Centre de santé amélioré

Le CS amélioré : couvre une population de plus de 20 000 habitants, généralement situé en zone rurale. Le paquet minimum d'activités comprend, en plus des 13 interventions intégrées des CS, les soins obstétricaux et néonataux d'urgences complets ainsi que les interventions médicochirurgicales. Le personnel exerçant doit être compris entre 15 et 20 agents.

Centre de santé rural

Le Centre de santé rural couvre une population de 5000 à 15 000 habitants. Le paquet minimum d'activités est de 13 interventions intégrées (.CPC, PCIMNE, PEV, Nutrition, CPN/accouchement/PF, Point de vente, PTME/CDV/PEC/VIH, soins, promotion de la santé, gestion des données, laboratoire, Surveillance communautaire, les violences basées sur le genre). Le personnel exerçant doit être de 8 agents.

Poste de santé

Le Poste de santé : couvre une population de 3000 à 5 000 habitants. Le paquet minimum d'activités est de 9 interventions intégrées : CPC, PCIMNE, accouchement, promotion de la santé, PEV, CPN, PTME, PF, prise en charge des VBG/MGF/excision et nutrition. Le personnel exerçant doit être au nombre de cinq (5).

• *Fonctionnement des structures de santé de base (Centres et postes de santé):*

La mise en œuvre des activités au niveau communautaire nécessite le bon fonctionnement des structures de santé de base (CS, PS). C'est pourquoi les paramètres ci-après doivent être pris en compte : Amélioration de la qualité des infrastructures, renforcement de la disponibilité en produits de santé, en équipements, et en outils de gestion. Pour mieux qualifier l'offre des soins au niveau communautaire, l'amélioration de compétences du personnel et leur disponibilité permanente dans les structures de santé de base sont nécessaires.

La supervision, le monitoring/évaluation, la gestion financière/contrôle sont des outils qui seront développés pour améliorer des interventions.

Axe2 : Augmenter l'accès et l'utilisation des prestations de santé au niveau de la communauté

Cet axe définit le Paquet minimum intégré d'activités, l'équipement, le matériel, produits de santé et approvisionnement, les moyens roulants de l'agent de santé communautaire, l'organisation, la définition et l'offre des prestations de santé au niveau de la communauté.

A. Paquet minimum d'activités intégrées

Tableau N°1 : Contenu du Paquet minimum d'activités intégrées selon les domaines

Rubrique	Prévention	Promotion	Curatif
Santé maternelle	✓ Sensibilisation des femmes, des familles et communautés sur l'importance de : <ul style="list-style-type: none">• Vaccination• CPN• Soins prénatals (FAF, TPIg SP)• Soins post natals (visites à domicile)• Lavage des mains, traitement de l'eau de boisson avec du chlore• l'abandon des /VBG• les causes, les conséquences et la prévention des	✓ Sensibilisation des familles sur: <ul style="list-style-type: none">• PTME/VIH• Utilisation de sel iodé dans les ménages• L'utilisation des MILDA• la PF (l'espacement idéal des grossesses)• l'importance de l'accouchement assisté par un personnel qualifié	

	<ul style="list-style-type: none"> • fistules obstétricales sur l'utilisation des structures de soins ✓ Identification des signes généraux de danger de la grossesse ✓ Déclaration et notification des décès maternels, néonataux et riposte ✓ Prévention de l'hémorragie du Post partum par l'administration du Misoprostol ✓ Identification des fistules obstétricales et référence ✓ Information des clients sur la prévention des maladies (IST/VIH/sida) ✓ Recherche active des perdus de vue ✓ Conseil sur les maladies et l'alimentation pendant la grossesse et le Post Partum ✓ identifier et soutenir les victimes de VBG ✓ Mobilisation pour le dépistage du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distribution des contraceptifs (oraux et injectables) ✓ Appui et conseil des organisations communautaires sur les AGR ✓ Soins post natals pour la mère et le N-Né 	
Santé néonatale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconnaissance des signes de dangers chez le N-Né et référence ✓ Déclaration pour l'enregistrement des naissances ✓ Notification des décès des nouveaux nés. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Allaitement maternel immédiat et exclusif jusqu'à 6 mois et allaitement maternel jusqu'à 2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ soins au nouveau-né (soins des yeux, soins de l'ombilic...) Soins kangourou pour les prématurés et les faibles poids de naissance
Santé Infantile	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vaccination ✓ Diversification alimentaire, utilisation des aliments locaux, ✓ supplémentation en vit A ✓ Déparasitage ✓ Dépistage et référence de Malnutrition ✓ Reconnaissance des signes de dangers chez l'enfant et 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promotion des comportements clés favorables à la survie et développement de l'enfant (AME, vaccination, utilisation des aliments locaux, MILDA, lavage 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en charge intégrée et traitement des cas simples de paludisme, diarrhée et de pneumonie

	référence en cas paludisme Diarrhée, Pneumonie ✓ Recherche actives des perdus de vues pour la vaccination. ✓ Administration de la SP- AQ(sulfadoxine pyriméthamine – Amodiaquine) pour la prévention saisonnière du paludisme.	des mains, évacuation hygiénique des excrétas...) ✓ Traitement de l'eau à domicile avec du chlore Mobilisation sociale pour la vaccination	
Santé des adolescents	✓ Distribution des contraceptifs ✓ Prévention des mariages et grossesse précoces ✓ Sensibilisation et orientation sur la fistule obstétricale	✓ Identification et dénonciation des cas de VBG ✓ Mobilisation et sensibilisation sur le IST/VIH ✓ Utilisation de la PF ✓ Utilisation des préservatifs ✓ Conseil dépistage volontaire du VIH	
Santé des adultes et personnes âgées	✓ Dépistage des maladies chroniques (Conseil, orientation vers les CS) ✓ Identification et orientation de l'ulcère de Bururi, lèpre, onchocercose etc...)		

Surveillance épidémiologique au niveau communautaire

- ✓ Surveillance des maladies à potentiel épidémique (identification, notification et communication)
- ✓ Enregistrement des décès et des naissances
- ✓ Notification des cas de mort inhabituelle d'animaux

Environnement (ménage, village)

- ✓ Identification et notification des événements climatiques extrêmes (inondation, précipitation, chaleur ou froid extrême)
- ✓ Promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) et l'hygiène environnementale, individuelle et collective.
- ✓ Promouvoir l'hygiène alimentaire.

B. Equipements, matériels et produits de santé pour les ASC

Equipements

- Armoire
- Sac à dos
- Badge
- Gilet
- Torche
- Imperméable,
- Botte,
- Casquette,
- Kit TRO (gobelet gradué de 1 litre, tasse et cuillères, Sceau de 20 litres avec couvercle etc...)
- Mégaphone
- Kit de lavage des mains
- Téléphone

Matériels et outils de gestion

- Cahier de l'ASC
- Registre
- Algorithmes
- Carnet de commande des médicaments
- Fiche de stock
- Registre de surveillance épidémiologique
- Carnet de rapport
- Fiche de compilation des données
- Fiche de référence/contre référence
- Boite à image intégrée
- Toise
- Culotte pèse enfant
- Balance salter
- MUAC
- TIMER
- Gants
- Boite de sécurité
- Guide des messages, affiches, dépliants, flyers etc.

Produits de Santé

L'identification des produits de santé utilisables par l'ASC doit tenir compte de la liste nationale des médicaments

- Contraceptifs y compris les préservatifs
- Misoprostol
- Amoxicilline dispersible
- SRO/Zinc
- Ivermectine

- TDR
- Mebendazole
- CTA adulte, adolescent, petit enfant et nourrisson
- Pommade tétracycline
- Chlorhexidine gel 4%
- Gants
- Boîte de sécurité
- Chlore

Moyens roulants pour l'ASC

- Vélos

Mécanisme d'approvisionnement et de réapprovisionnement en produits de santé

Il s'agit de mettre en place un système pérenne d'approvisionnement en produits de santé. Ce système s'appuiera sur le circuit national d'approvisionnement. Dans le souci de rendre disponible les produits de santé dans les quartiers/districts l'ASC doit s'approvisionner dans les centres de santé/postes de santé selon les besoins exprimés.
Amélioration de la qualité de services.

Ce volet tient une place importante au niveau des prestations communautaires du point de vue de la sensibilisation, de la distribution de produits et de la prise en charge des maladies. Les exigences de la qualité des prestations seront de rigueur. Des normes et procédures seront définies pour les domaines d'interventions prioritaires des ASC.

C. Développement des ressources humaines

- **Profil de l'agent de santé communautaire.**

- **Définition de l'Agent de santé communautaire** : Il s'agit d'une personne, ayant reçu des formations requises, pour la promotion de l'état complet de bien-être de la population au niveau de sa communauté. Son rôle consiste à sensibiliser et à offrir des prestations pour la prise en charge des bénéficiaires. A cet effet, l'ASC doit être doté de compétences requises pour réaliser les interventions de santé communautaire (*promotion des bonnes pratiques familiales, nutrition, application des mesures d'hygiènes, la mobilisation sociale et la communication, la prise en charge des cas simples de maladies, la surveillance des maladies à potentiel épidémique et autres évènements de santé*). Par ailleurs, un Agent Technique de Santé(ATS) peut jouer le rôle d'agent de santé communautaire, à condition de remplir les critères de sélection définis dans le document de politique.

- **Statut de l'ASC** :

L'ASC est un volontaire qui doit être pris en charge suivant une procédure de contractualisation. Ce contrat doit être établi avec la collectivité avec l'appui de l'Etat ou des partenaires.

- **Critères de sélection et des conditions de fidélisation des agents de santé communautaires**

- **Critères de sélection**

Le recrutement de L'agents de santé communautaire doit se faire suivant les conditions ci-après :

- Etre volontaire et prêt à servir dans sa collectivité ;
- Etre membre résident de la communauté
- avoir la confiance de la communauté pour sa probité morale et sa disponibilité ;
- Jouir d'une santé lui permettant d'accomplir les activités,
- Etre âgé de 18 à 60 ans
- Savoir lire et écrire en français
- Savoir parler la langue du terroir

- **Procédures de sélection**

Sous la responsabilité des communautés, la sélection des ASC doit respecter les procédures détaillées dans le document « cadre de mise en œuvre »

- **Conditions de Fidélisation**

Dans le cadre de la fidélisation d'un agent de santé communautaire, il y a lieu de créer les conditions minimales de motivation décrites dans le document de mise en œuvre.

- **Rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le processus**

Le document cadre de mise en œuvre précise les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le processus

- **Formation des Agents de Santé Communautaires**

Dans le cadre de la formation des agents de santé communautaires, un plan de formation qui tient compte des besoins identifiés et de la nécessité de polyvalence de l'ASC sera élaboré. Il s'agira de :

- Déterminer les compétences attendues des Agents de Santé Communautaire.
- Elaborer un curriculum harmonisé et intégré pour les Agents de Santé Communautaires.
- Faire des formations modulaires sur des notions de santé et les interventions à développer sur le terrain.
- L'ASC bénéficiera des formations et des remises à niveau périodiques.

- **Zone d'intervention et population couverte par l'agent de santé communautaire**

La zone d'intervention de l'ASC peut être un district/quartier secteur ou village. La population couverte est de **650** habitants en zone rurale et **1000** en zone urbaine.

- **Plan de développement des ASC**

La mise en place de la fonction publique locale doit favoriser le recrutement local des agents de santé communautaires. Dans le cas échéant, les agents de santé communautaires peuvent être soumis au plan de carrière de la Fonction Publique locale. L'ASC ayant acquis des compétences et expériences avérées peut aspirer à une formation continue et/ou diplômante.

Axe 3 : Harmonisation des interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté

L'harmonisation des interventions socio-sanitaires au niveau de la communauté concerne la standardisation et l'intégration des données

La standardisation

Dans le cadre de l'harmonisation des procédures et des outils, il sera adopté des outils de gestion standardisés, d'avoir des directives et orientations intégrées dans le domaine de la santé communautaire pour les prestations de qualité (curriculum de formation, grille de supervision, cahier de l'ASC, outils de collecte des informations, etc.).

L'intégration des données communautaires dans le Système National d'Information sanitaire(SNIS)

Les indicateurs communautaires pertinents identifiés et définis seront intégrés dans le SNIS. La collecte sera faite par les ASC, tandis que la saisie, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données seront réalisées au niveau du centre de santé avec feedback aux ASC, information aux collectivités. Ces informations seront transmises à la DPS. Les indicateurs communautaires seront intégrés dans le fascicule de monitoring.

Axe4 : Développement des approches multisectorielle et pluridisciplinaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions communautaires

La coordination des interventions implique la mise en place d'un comité de pilotage à tous les niveaux (national, régional, préfectoral et sous préfectoral). Ces comités doivent avoir un caractère multisectoriel et pluridisciplinaire.

Sous la coordination des comités de pilotage, toutes les parties prenantes (ministères, ONG, PTF, communautés etc.) élaboreront et mettront en œuvre des approches multisectorielles et pluri disciplinaires pour le développement de la santé communautaire. Pour assurer la synergie et la complémentarité des actions sanitaires, ces comités ont autorité sur tous les acteurs œuvrant dans leur zone de responsabilité. Ces comités serviront de plate-forme d'échange d'informations et de mise en réseau des parties prenantes (secteur public, privé, société civile et autorités locales) pour mener à bien l'atteinte des objectifs fixés selon les besoins identifiés par la communauté.

Axe 5 : Responsabilisation de la communauté sur les actions socio-sanitaires de la population en général, et de la mère et de l'enfant en particulier.

La responsabilisation est un processus qui consiste à aider la communauté à s'organiser de façon à constituer une base viable pour la gestion, la protection et la promotion de sa propre santé en assurant le leadership dans le processus au niveau local⁸.

✓ **Diagnostic participatif communautaire**

A ce stade, la communauté est informée et/ou s'informe elle-même sur son rôle et responsabilités. La conscientisation de la communauté implique un dialogue permanent entre les différents acteurs sur les conditions de vie, les causes et les conséquences des problèmes identifiés. Ce dialogue induit l'autoévaluation participative qui aboutit à l'identification et analyse des problèmes de santé, à la définition des stratégies pour la résolution des problèmes de santé. Les membres sensibilisés de la communauté s'organisent en groupes formels ou informels pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action opérationnels.

Communication pour le changement de comportement impliquant le partage d'informations, d'expériences, et de vécus entre professionnels de santé et population.

Cette communication vise la prise de conscience par les communautés de leurs rôles et responsabilité dans la gestion de leur santé, la promotion, l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé. Les interventions dans ce domaine seront menées conformément à la stratégie d'amélioration de la mobilisation sociale et de la communication dans la communauté du PNDS⁹.

⁸Ministère de la Santé, *Stratégie de relance des SSP, vision et postulat*, avril 2010

⁹Voir Tableau **Error! Main Document Only.**: Matrice des actions prioritaires du PNDS 2015 - 2024 par axe d'intervention et par objectif selon les orientations stratégiques de la PNS, page 53

Elle permet de créer un environnement socioculturel favorable à la solidarité communautaire et au changement de comportement et doit impliquer plusieurs acteurs dont les médias. Pour cela, elle aura une orientation bi et multidirectionnelle.

Mise en place d'un système de gouvernance locale de la santé.

Selon le code des collectivités locales, la gestion des centres de santé appartient à la communauté. A ce titre, les collectivités doivent mettre en place et rendre fonctionnels les comités de santé et d'hygiène dans chaque centre de santé, les comités villageois de santé et d'hygiène dans les districts ou quartiers, les comités des usagers, les mutuelles de santé, les agents communautaires. Pour une plus grande efficacité des interventions, il est important de mettre les comités en réseau, tout en spécifiant les missions de chaque entité et acteurs concernés. Les textes d'application du code des collectivités et l'instauration de la Fonction publique locale, entre autres, sont indispensables pour que les collectivités jouent pleinement leur rôle. Le renforcement de la collaboration intersectorielle est donc indispensable.

Ces comités peuvent se subdiviser, entre autres, en sous-comités de mobilisation sociale, financière, logistique et technique. Ainsi, l'organisation communautaire s'appuie sur un trépied de partenariat entre le centre de santé, les autorités locales et la communauté pour parvenir à une population en bonne santé et responsable. Les rôles et responsabilités de chaque acteur seront définis, ainsi que le mécanisme de concertation pour la coordination de leurs actions.

Renforcement des compétences des différents acteurs et responsables à tous les niveaux.

Dans cet axe, il s'agira d'identifier les besoins de renforcement des compétences pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions communautaires. Ce renforcement des compétences s'appuiera sur des approches appropriées comprenant la formation, la supervision, les échanges d'expériences, les voyages d'étude, etc. Les modalités de renforcement des compétences seront déterminées selon les besoins et par niveau.

Appropriation des stratégies globales de mise en œuvre de la santé communautaire par la communauté.

Cette appropriation se concrétise par l'élaboration d'un micro-plan local de développement sanitaire annuel qui est le résultat d'un processus de consultation et d'un consensus allant de l'identification des besoins sanitaires de la communauté jusqu'à l'évaluation des résultats, dans le cadre du partenariat mentionné ci-dessus.

✓ **Engagement communautaire**

La composante communautaire de la politique de santé de la Guinée a pour but le renforcement des capacités des communautés afin qu'elles soient en mesure de mieux répondre aux besoins préventifs, promotionnels et curatifs en matière de santé. Il s'agira de :

- a) Renforcer les capacités des équipes des Régions, districts sanitaires et des ONG locales dans leur rôle de leader/manager, formateur, superviseur et de facilitateur dans la mobilisation communautaire et la communication pour le changement de comportement.
- b) Renforcer les capacités des équipes de mobilisation communautaire (EMC) au niveau du district sanitaire dans leur rôle de facilitateur dans la mise en œuvre du cycle d'action communautaire et de superviseur des groupes/structures communautaires.

Renforcer les capacités des agents de santé communautaires, les Comités de Santé et Hygiène et de tous les autres groupes/structures communautaires dans chaque collectivité locale à prioriser et planifier les actions, mobiliser les ressources locales en vue de mettre en œuvre et monitorer leurs propres activités.

- c) Renforcer les liens de références et de contre-référence entre les agents de santé communautaire et les structures de santé (Poste de santé, Centres de Santé, Hôpitaux, etc.).
- d) Mettre en place un système (Méthode, outils, mécanismes) d'information et de gestion de données sanitaires au niveau communautaire afin de faciliter la prise de décision des COSAH et autres structures communautaires en matière de planification et monitoring.
- e) Mettre en place et rendre fonctionnel les cadres de redevabilité à tous les niveaux (central, régional, préfectoral, sous – préfectoral et communautaire).
- f) Renforcer les capacités des mobilisateurs communautaires dans la mise en œuvre des interventions à travers l'utilisation du modèle « Cycle d'Action Communautaire » qui passe essentiellement par les 7 étapes qui sont :
 - Mobiliser les communautés;
 - Organiser les communautés pour l'action;
 - Explorer ensemble ;
 - Planifier ensemble;
 - Agir ensemble;
 - Evaluer ensemble
 - et Se Préparer à passer à l'échelle.

Axe 6 : Développement de la Recherche et la Vulgarisation des bonnes pratiques

Les activités de recherche opérationnelle seront organisées à tous les niveaux. Les bonnes pratiques seront capitalisées, documentées, validées et vulgarisées. Selon les domaines d'intervention, des journées d'échange d'expériences communautaires seront organisées dans le pays pour approuver des modèles d'approche communautaire. Un processus continu d'évaluation des modèles sera institutionnalisé dans le système.

4 MECANISMES DE SUIVI EVALUATION

Suivi et évaluation des actions de santé

Cela implique une approche critique à tous les niveaux aussi bien sur les résultats que sur le processus lui-même. Les progrès réalisés vers les résultats attendus des activités communautaires, seront mesurés grâce à la production de rapports périodiques par les ASC et des structures de santé (CS et PS) renseignant des indicateurs développés pour le niveau communautaire. Ces rapports seront analysés à tous les niveaux en vue de la prise de décision et de la retro-information.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations au niveau communautaire, l'évaluation des actions sanitaires requiert le renforcement du dialogue entre les prestataires et les communautés.

Le développement des outils d'évaluation des activités des ASC est indispensable pour l'amélioration de la performance des activités communautaires.

L'évaluation des actions sanitaires s'appuiera également sur la méthode SALT qui consiste à :

- Stimuler les forces locales pour assurer les progrès réalisés par les communautés dans la prise en charge des problèmes de santé,
- Apprécier ces progrès en vue de leur consolidation et leur mise à l'échelle,
- Lier les communautés pour partager les bonnes pratiques, dans le Temps requis.

4.1 Le suivi

Le suivi est une étape importante qui se fait à l'aide des outils standardisés permettant de :

- ✓ S'assurer de la disponibilité des intrants chez les ASC et dans les structures de santé;
- ✓ S'assurer que les ASC et les structures de santé mènent les activités selon leur cahier de charge et leur chronogramme ;
- ✓ Assister les agents de santé communautaires pour la production de leur rapport d'activités ;
- ✓ Veiller à la transmission des rapports des agents communautaires de santé
- ✓ Identifier les difficultés et les problèmes rencontrés au cours des activités
- ✓ Proposer des approches de solutions
- ✓ Apprécier la perception des bénéficiaires sur les prestations.
- ✓ Apprécier la qualité des prestations réalisées par les ASC et les structures de santé.

Le suivi des ASC se fait mensuellement par les chefs de centres de santé, les DPS supervisent les CS tous les mois. Le niveau régional supervise tous les trois mois et le niveau central semestriellement.

4.2 La supervision

La supervision des agents de santé communautaires se fait par le chef de centre de santé, le chargé des agents de santé communautaires du district sanitaire et toutes autres personnes ressources de façon concertée et intégrée. Elle constitue un élément de motivation et permet de renforcer les compétences des ASC et des agents de santé des CS et PS. Des outils standardisés de supervision seront élaborés et utilisés, à cet effet.

4.3 Le monitoring

Le monitoring des activités communautaires se fera chaque 6 mois pour l'appréciation de la progression des indicateurs de la santé communautaire.

4.4 L'évaluation

L'évaluation des activités communautaires se fera tous les six (6) mois pour apprécier la progression des indicateurs prédéfinis lors des monitorages ainsi que lors des enquêtes et études.

5 MECANISME DE FINANCEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Le mode de financement c'est un mode contributif de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du secteur privé, des collectivités locales et de la communauté à la base.

Pour pérenniser le financement de la santé communautaire, il est indispensable que les autorités administratives, politiques, ainsi que les collectivités décentralisées s'engagent à

prévoir une ligne budgétaire destinée aux interventions à base communautaire dans leur plan de développement socioéconomique. Selon l'article 29 du code des collectivités, « les activités communautaires de santé doivent être financées par les ressources issues des collectivités locales ». Ainsi, une allocation de fonds par l'Etat (subvention aux collectivités) doit être accordée de façon permanente.

Mode de financement :

- ✓ Le recouvrement des couts au niveau des Centres et postes de santé
- ✓ Le recouvrement des couts générés par les prestations des ASC
- ✓ La contribution des collectivités locales (construction/rénovation des infrastructures, paiement des salaires des auxiliaires
- ✓ La contribution de ressortissants (Apports de médicaments, équipements, infrastructures, ...)
- ✓ La contribution de la communauté (dons, cotisation, legs, achat des prestations,)
- ✓ Contribution de l'Etat : Relèvement progressif du niveau de dotation du budget du secteur de la santé à 15%, des ressources intérieures (selon l'engagement du Gov)
- ✓ Contribution des Partenaires Techniques et Financiers (Infrastructures, Formation, Equipements, Médicaments, ...)
- ✓ Assurance maladies obligatoire (les salariés privés)
- ✓ Mutuelles de santé (achat des prestations, dons, ...)
- ✓ Apport du fonds national de développement des collectivités locales- (en application des dispositions du code minier qui prévoient d'affecter un ensemble de taxes pour financer le développement des collectivités locales).
- ✓ La contribution du secteur privé
- ✓ L'élargissement de l'assiette fiscale à la base pour une meilleure mobilisation des ressources par les collectivités (mettre en place de nouveaux impôts locaux pour les collectivités).

Motivation de l'agent de santé communautaire :

La motivation ou rémunération des ASC est d'une importance capitale eu égard aux tâches et fonctions qui leur sont confiés. Elle est aussi capitale en tant que stimulant qui contribue à entretenir l'intérêt de l'ASC pour son travail. Une motivation adéquate et régulière de l'ASC est essentielle pour réduire les taux d'abandon.

Il existe trois sources principales de motivation ou rémunération de l'ASC à savoir : i)l'Etat (Ministère de la santé, programmes), ii)la communautés et iii) la rémunération par acte. Il peut y avoir une combinaison de ces différentes sources.

- **Motivation/rémunération par l'Etat**

Il s'agit d'une motivation à prévoir par le Ministère de la santé ou les programmes dans le cadre des projets.

Les interventions à base communautaires retenues sont de deux ordres :

- ✓ Les interventions continues concernent surtout la prévention des maladies, la promotion des bonnes pratiques et la prise en charge des cas.
- ✓ Les interventions ponctuelles (campagnes de vaccination, de distribution des MILDA, de distribution de masse des médicaments et autres produits).

Pour les interventions continues à mener dans l'ensemble des communautés du pays, il sera recruté des ASC à temps plein ou à temps partiel.

Pour un agent de santé communautaire qui consacre l'essentiel de son temps aux activités communautaires de santé, une rémunération mensuelle sera de 440 000 GNF correspondant au SMIG à ce jour. Ce montant peut varier selon le taux d'échanges. Cependant, un ASC qui fournit des efforts complémentaires selon un contrat bien établi sera rémunéré selon les clauses du contrat établi.

Le montant à payer par agent de santé communautaire doit tenir compte des contrats de prestation et du niveau de performance.

Pour un ASC qui consacre une partie de son temps aux activités communautaires de santé, sa rémunération consistera en une prime mensuelle de 250 000 GNF

La réalisation de cet objectif devra être appuyée par les partenaires et sera payée selon les modalités suivantes :

- Subvention directe de l'Etat au département de la santé ou aux collectivités locales qui alloueront une partie des fonds aux interventions sanitaires
- Allocation sur recettes propres des communautés locales à la santé
- Subvention par les PTF :
 - Financement direct des plans opérationnels à travers les districts/communes- court terme
 - Caisse commune au niveau central- compact (PTF)- long terme.
- **Motivation/rémunération par la communauté**

Cette motivation est plus facile pour l'ASC volontaire à temps partiel. Elle peut se faire sous diverses formes : vivres, champ communautaire ou participation financière

- **Motivation/rémunération par l'acte**

L'agent de santé communautaire est motivé sur la marge bénéficiaire de la vente des produits ou les services offerts.

➤ **Autres formes de motivation complémentaire**

L'ASC recevra des félicitations en cas de travail bien fait sous forme de distinction, de certificat de reconnaissance de la part de la communauté ou de l'autorité sanitaire.

Il sera institué et célébré une journée nationale des bonnes pratiques des ASC.

6 CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

6.1 Niveau National

La Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire est le maître d'œuvre de cette politique ; elle s'appuiera sur les divisions et les programmes de santé existants. Elle est chargée d'élaborer les normes et procédures, d'assurer la planification stratégique et la coordination, d'orienter la recherche et l'élaboration des différents messages, la production et l'harmonisation des supports IEC/CCC et de garantir le suivi et l'évaluation.

Des outils relatifs à la mise en œuvre de la Politique seront également élaborés : outils de gestion, manuels de formation, etc. Un document de référence sur les agents communautaires sera développé, spécifiant le profil des agents communautaires, leur mode de recrutement, le plan de carrière, etc. Ce document s'inspirera de Termes de référence et le paquet d'activités communautaires proposés en annexe de cette Politique.

6.2 Niveau Régional et District

Les activités conformes au plan stratégique national seront intégrées dans les plans de travail annuels ; les partenaires techniques et financiers œuvrant à ces niveaux seront mobilisés pour l'appui et le soutien nécessaires à la mise en œuvre effective, du suivi et de l'évaluation.

6.3 Niveau Communautaire

Les Comités de santé des communes, appuyés par le personnel de santé et les autorités des collectivités locales, veilleront à la participation effective de la communauté à toutes les étapes du processus de planification et de mise en œuvre des activités communautaires.

La participation communautaire à la gestion des questions sociales et de santé doit s'intégrer et renforcer les autres initiatives de participation communautaire mises en œuvre dans d'autres secteurs. Afin de promouvoir un développement harmonieux et intégré des communautés, les interventions menées dans différents secteurs, comme l'agriculture, la sécurité alimentaire, le développement économique, l'éducation, la protection sociale, doivent être coordonnées à travers une plateforme multisectorielle.

Conclusion

La politique nationale de la santé communautaire élaborée en collaboration avec les partenaires et les cadres des autres secteurs de développement est un précieux outil de

référence pour l'ensemble des acteurs de la santé pour l'amélioration de l'état de santé des populations.